



Серия учебной литературы для
студентов медицинских вузов, интернов, ординаторов,
врачей-курсантов учреждений дополнительного
профессионального образования

Редакционный совет серии:

Акчурин Ренат Сулейманович, член-корр. РАМН, руководитель отдела
сердечно-сосудистой хирургии РКНПК Министерства здравоохранения РФ

Володин Николай Николаевич, доктор мед. наук, профессор, начальник
управления учебных заведений Министерства здравоохранения РФ

Денисов Игорь Николаевич, член-корр. РАМН, проректор по учебной работе
ММА им. И.М. Сеченова

Дмитриева Татьяна Борисовна, член-корр. РАМН, профессор, министр
здравоохранения РФ

Княжев Владимир Александрович, доктор мед. наук, профессор, заместитель
министра науки и технологий РФ

Кулаков Владимир Иванович, акад. РАМН, директор Научного центра
акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН

Лопухин Юрий Михайлович, акад. РАМН, директор НИИ физико-химической
медицины Министерства здравоохранения РФ

Мартынов Анатолий Иванович, акад. РАМН, вице-президент РАМН

Мошетьева Лариса Константиновна, доктор мед. наук, профессор, ректор
РМАПО

Пальцев Михаил Александрович, акад. РАН, акад. РАМН, ректор ММА им.
И.М. Сеченова

Покровский Валентин Иванович, акад. РАМН, президент РАМН

Савельев Виктор Сергеевич, акад. РАН, акад. РАМН, заведующий кафедрой
факультетской хирургии РГМУ

Труфакин Валерий Алексеевич, акад. РАМН, вице-президент РАМН,
председатель Президиума СО РАМН

Хаитов Рахим Мусаевич, акад. РАЕН, член-корр. РАМН, директор НЦ-
института иммунологии Министерства здравоохранения РФ

Чучалин Александр Григорьевич, акад. РАМН, директор НИИ пульмонологии
Министерства здравоохранения РФ

Яицкий Николай Антонович, доктор мед. наук, профессор, ректор СПбГМУ
Ярыгин Владимир Никитич, акад. РАМН, ректор РГМУ им. Н.И. Пирогова

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

ПЕРЕВОД С АНГЛИЙСКОГО ДОПОЛНЕННЫЙ

Главный редактор

Т.Б. Дмитриева

член-корр. РАМН, профессор

ГЭОТАР МЕДИЦИНА Москва 1998

УДК 616. 89 (075 8) ББК56 14Я73 П86

Рекомендовано Министерством здравоохранения Российской Федерации
в качестве учебного пособия для студентов медицинских вузов,
интернов, ординаторов, врачей-курсантов учреждений
дополнительного профессионального образования

Клиническая психиатрия пер с англ доп //гл ред Т Б Дмитриева — М ГЭОТАР
МЕДИЦИНА, 1998 - ISBN 5-88816-010-5 Pocket Handbook of Clinical
Psychiatry//Harold I Kaplan, Benjamin J Sadock//Baltimore, Williams & Wilkins —
ISBN 0-683-04583-0

Перевод 2-го издания «Краткого руководства по клинической психиатрии»
всемирно известных авторов Г Каплана и Б Сэдока (1996 г , издательство
«Williams & Wilkins») Издание дополнено и адаптировано ведущими
российскими психиатрами в соответствии с особенностями и традициями
отечественной психиатрии. В книге освещены современные научно-практиче-
ские сведения по ключевым аспектам этиологии, симптоматики, диагностики
и лечения всех форм психической патологии Текст изложен лаконично,
доступно, сопровождается большим количеством таблиц, облегчающих
восприятие материала

Книга предназначена для психиатров, врачей общей практики и студентов
медицинских вузов

Напечатано в Российской Федерации

Права на данное издание принадлежат издательству ГЭОТАР МЕДИЦИНА
Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или
целого издания не может быть осуществлено без письменного разрешения
издательства

ISBN 5 88816 010 5

© Williams & Wilkins, 1996 ©ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998

УЧАСТНИКИ РУССКОГО ИЗДАНИЯ

Главный редактор — Дмитриева Татьяна Борисовна, член-корр. РАМН,
профессор

Редакторы и авторы дополнений

Александровский Юрий Анатольевич, доктор мед. наук, профессор —
ответственный редактор

Аведисова Алла Сергеевна, канд. мед. наук (гл. 15, 24) Барденштейн Леонид
Михайлович, доктор мед. наук, профессор (гл. 9, 10) Вандыш-Бубко Василий
Васильевич, доктор мед. наук (гл. 3, 4) Гурьева Валерия Александровна,
доктор мед. наук, профессор (гл. 20)

Еникеев Искандер Дэрдович, канд. мед. наук, член Американской ассоциации
психиатров, M.D., Ph.D. (редактор перевода)

Игонин Андрей Леонидович, доктор мед. наук, профессор (гл. 5)

Кекелидзе Зураб Ильич, доктор мед. наук (гл. 19, 22, 25)

Клименко Татьяна Валентиновна, доктор мед. наук (гл. 6)

Коган Борис Михайлович, доктор мед. наук (гл. 27)

Колосов Владимир Петрович, канд. мед. наук (гл. 23)

Кондратьев Фёдор Викторович, доктор мед. наук, профессор (гл. 7, 8)

Ромасенко Любовь Владимировна, доктор мед. наук (гл. 11, 12, 14, 17)

Ткаченко Андрей Анатольевич, доктор мед. наук (гл. 13)

Шишков Сергей Николаевич, канд. юридических наук (гл. 26)

Шостакович Борис Владимирович, доктор мед. наук, профессор (гл. 16, 18)

ПРЕДИСЛОВИЕ

Знакомство с основами клинических дисциплин, преподаваемых в медицинских учебных заведениях разных стран мира, имеет большое значение для расширения кругозора студентов-медиков и молодых врачей. Несмотря на то что современная медицина в своей основе интернациональна, во многих странах она сохраняет собственные традиции и школы, а уровень развития медицинской науки во многом зависит от материально-технических возможностей здравоохранения. Это определяет региональные и национальные особенности понимания и решения лечебно-диагностических, профилактических, реабилитационных проблем, что порождает трудности специалистам разных стран в поиске общего языка для профессионального общения. Всё это наглядно проявляется на примере современной психиатрии. Сегодня различные классификационно-диагностические схемы используются в лечебных учреждениях США (DSM-IV-R), европейских странах (МКБ-10), в России, где до настоящего времени применяется МКБ-9. При этом имеется большое число принятых в каждой стране комментариев и вариантов подходов для постановки психиатрического диагноза. Одним из основных путей преодоления этих различий является знакомство с фундаментальными научными публикациями, в первую очередь с руководствами для студентов и врачей, издаваемыми в зарубежных странах. К сожалению, до последнего времени в России почти не переводились современные зарубежные руководства по психиатрии. Известные же по аннотированным переводам, они не давали полного представления об авторских позициях и далеко не всегда представляли суть их подходов к пониманию основ психопатологии.

Выход в свет в России многократно переиздававшегося во многих странах мира американского руководства по психиатрии Г. Каплана и Б. Сэдока, предпринятое молодым издательством «ГЭОТАР МЕДИЦИНА», является знаменательным событием в отечественной психиатрии по ряду обстоятельств.

Во-первых, эта книга позволяет «по первоисточнику» познакомиться с принципами и основными методическими подходами при постановке диагноза и проведении «стандартизованного» лечения психически больных, принятых в США и многих англоязычных странах.

Во-вторых, книга написана с учётом современной тенденции сближения психиатрии с другими областями клинической медицины и ориентирована не только на квалифицированного психиатра, но и на врача общей практики. В связи с этим она может стать важным пособием в нашей стране для специалистов разных клинических дисциплин, а также для участковых и семейных врачей.

В-третьих, книга отличается методической четкостью и полнотой охвата всех основных клинических проблем современной психиатрии. Её 27 основных глав и хорошее справочное сопровождение позволяют ориентироваться практически во всех вопросах диагностики, терапии и реабилитации психически больных.

Издаваемое руководство не ограничивается только переводом авторского текста. Над его адаптацией для русского читателя и дополнением (по согласованию с авторами) работал большой коллектив высококвалифицированных специалистов, которые по праву могли бы стать соавторами отдельных глав руководства. Все дополнения и комментарии к переводу выделены в тексте курсивом.

«Клиническая психиатрия» издаётся в России вскоре после российско-американской встречи специалистов в области психиатрии (Москва, сентябрь

1997 г.), обсуждавших вопросы взаимодействия в рамках Комитета по здравоохранению Российско-американской комиссии по экономическому и технологическому сотрудничеству («Комиссия Гор-Черномырдин»).

На этой встрече намечены конкретные направления сотрудничества в области научных исследований и практической психиатрии. Среди них важное значение имеют переводы научной и учебной литературы. Издание книги Г. Каплана и Б. Сэдока — реальное выполнение плана сотрудничества, способствующее расширению контактов отечественных психиатров с американскими коллегами.

Хотелось бы выразить уверенность, что у этой книги будет большое число заинтересованных, думающих читателей и она будет способствовать взаимообогащению русской и американской психиатрии.

Главный редактор

Министр здравоохранения России

Член-корреспондент РАМН, профессор

"

Т.Е.

Дмитриева

Содержание

1.	Диагноз	и	классификация	в
психиатрии.....				13
I.				
Введение.....				13
II.		Классификация		психических
расстройств.....			14	
2. Психиатрическое обследование: история болезни, психическое состояние,				
клинические		признаки		и
симптомы.....			23	
I.				
Введение.....				23
II.		Методика		клинического
собеседования.....			23	
III.		Психиатрическая		история
болезни.....			25	
IV.				Психическое
состояние.....			26	
V.	Соматическое	и		неврологическое
обследование.....			30	
VI. Запись выводов из истории болезни и оценка психического				
состояния.....			30	
VII. Дефиниции (определения) признаков и симптомов, обнаруженных				
при		обследовании		психического
состояния.....			34	
3. Делирий, деменция, амнестические и другие когнитивные расстройства				
и психические расстройства, обусловленные соматическими и				
неврологическими				
заболеваниями.....				
.....			43	
I.				
Введение.....				43
II.				Клиническое
обследование.....			44	
III.				
Делирий.....				

44				
IV.				
Деменция.....				
47				
V.	Деменция	при	болезни	Альцгеймера
(ДВА).....		51		
VI.				Сосудистая
деменция.....				54
VII.				Болезнь
Пика.....				57
VIII.		Болезнь		Крейтцфельда-
Якоба.....			57	
IX.	Болезнь Гентингтона (прогрессирующая наследственная хорей, хорей			
Гентингтона).....				
57				
X.	Болезнь	Паркинсона		(дрожательный
паралич).....		58		
XI.				Прочие
деменции.....				59
XII.				Амнестические
расстройства.....				59
XIII.		Транзиторная		глобальная
амнезия.....			61	
XIV.	Психические расстройства, обусловленные соматическими или			
неврологическими				
заболеваниями.....				
61				
XV.		Прочие		патологические
состояния.....			62	
4.	Нейропсихиатрические		аспекты	ВИЧ-
инфекции.....		67		
I.				
Введение.....				
67				
II.	Клинические	проявления		поражения
ЦНС.....		69		
III.			Психопатологические	
синдромы.....			70	
IV.				
Лечение.....				
71				
5.	Расстройства, связанные с употреблением психоактивных			
веществ.....	75			
I.				
Введение.....				
75				
II.				
Опиаты.....				
84				
III.	Седативные,	снотворные	и	анксиолитические
средства.....		87		
IV.	Стимуляторы (фенамин и вещества, сходные по своему воздействию с			
фенамином).....				
89				
V.				
Кокаин.....				

90	
VI.	
Каннабис.....	
91	
VII.	
Галлюциногены.....	
92	
VIII.	
РСР.....	
93	
IX.	
Ингалянты.....	
..94	
8	
X.	
Кофеин.....	
95	
XI.	
Никотин.....	
95	
6.	Расстройства, связанные с употреблением
алкоголя.....	97
I.	
Введение.....	
97	
II.	Алкогольная зависимость и злоупотребление
алкоголем.....	98
III.	Алкогольная интоксикация (алкогольное
опьянение).....	104
IV.	Психотическое расстройство с галлюцинациями, вызванное
алкоголем.....	106
V.	Алкогольный синдром
отмены.....	106
VI.	Алкогольный синдром отмены с делирием (delirium
tremens).....	106
VII.	Стойкое амнестическое расстройство, вызванное
алкоголем.....	108
VIII.	Стойкая деменция, вызванная
алкоголем.....	109
7.	
Шизофрения.....	
.....	111
I.	
Определение.....	
111	
II.	Исторические
сведения.....	111
III.	Диагноз и
симптомы.....	111
IV.	Типы
шизофрении.....	114
V.	
Эпидемиология.....	
116	
VI.	
Этиология.....	

117			
VII.	Лабораторные	и	психологические
исследования.....		119	
VIII.			Патофизиологические
особенности.....			120
IX.			Психодинамические
факторы.....			120
X.			Дифференциальный
диагноз.....			121
XI.		Течение	
прогноз.....			122
XII.			
Лечение.....			
123			
8.	Бредовые	и	другие психотические
расстройства.....		129	
I.			
Бред.....			
129			
II.			Шизофрениформное
расстройство.....			133
III.			Шизоаффективное
расстройство.....			134
IV.	Кратковременное		психотическое
расстройство.....		135	
V.	Индукированное		психотическое
расстройство.....		136	
VI.			Послеродовой
психоз.....			137
VII.	Психотическое		расстройство
неуточнённое.....		138	
9.			Расстройства
настроения.....			141
I.			
Введение.....			
141			
II.	Диагноз,	признаки	и
симптомы.....		141	
III.			
Эпидемиология.....			
148			
IV.			
Этиология.....			
149			
V.	Лабораторные	и	психологические
исследования.....		150	
VI.			
Психодинамика.....			
151			
VII.			Дифференциальный
диагноз.....			151
VIII.		Течение	
прогноз.....			154
IX.			
Лечение.....			
155			

10.		Тревожные	
расстройства.....		161	
I.			
Определение.....			
161			
II.	Диагноз		и
симптомы.....		161	
III.			
Эпидемиология.....			
163			
IV.			
Этиология.....			
170			
V.	Психологические		
исследования.....	171		
VI.	Лабораторные		
исследования.....	171		
VII.	Патофизиологические		
особенности.....	171		
VIII.			
Психодинамика.....			
172			
IX.	Дифференциальный		
диагноз.....	173		
9			
X.	Течение		и
прогноз.....		175	
XI.			
Лечение.....			
176			
И.Соматотрофные	расстройства,имитируемые	расстройства	и
симуляция.....179			
I.	Соматоформные		
расстройства.....	179		
II.	Имитируемые		
расстройства.....	191		
III.			
Симуляция.....			
193			
12.	Диссоциативные		
расстройства.....	195		
!. Введение.....			
195			
II.	Диссоциативная		
амнезия.....	196		
III.	Диссоциативная		
фуга.....	199		
IV.	Диссоциативное	расстройство	
идентификации.....	201		
V.	Деперсонализационное		
расстройство.....	203		
IV.	Диссоциативное	расстройство	
неуточнённое.....	204		
13. Сексуальные дисфункции, расстройства половой идентификации и парафилии ...	205		

I.	дисфункции.....			Сексуальные
				205
II.	Расстройства			половой
	идентификации.....	214		
III.	Парафилии.....			
	220			
14.	Расстройства,			связанные
	седой.....	223		
I.	Введение.....			
	223			
II.	анорексия.....			Нервная
				223
III.	булимия.....			Нервная
				227
15.	сна.....			Расстройства
				231
I.	Введение.....			
	231			
II.	Первичные			расстройства
	сна.....	233		
III.	Расстройства сна, связанные с			психическими
	нарушениями.....	241		
IV.	Другие			расстройства
	сна.....	241		
16.	Нарушение контроля над побуждениями и			расстройства
	адаптации.....	243		
I.	Нарушение контроля над			
	побуждениями.....	243		
II.	Расстройства			
	адаптации.....	248		
17.	Психосоматические расстройства и расстройства, связанные с действием			
	психогенных			
	факторов.....	251		
I.	Психосоматические			
	расстройства.....	251		
II.	Психиатрия по типу			консультация—
	взаимодействие.....	261		
III.	Особые условия лечения			терапевтических
	больных.....	263		
IV.	Боль.....			
	265			
V.	Аналгезия.....			
	266			
VI.	Альтернативная			(нетрадиционная)
	медицина.....	266		
18.	Расстройства			
	личности.....	269		
I.	Введение.....			
	269			
II.	Расстройства личности с проявлениями странностей и			

эксцентричности.....	271
III. Расстройства с проявлениями театральности, эмоциональности и лабильности...	275
IV. Расстройства личности с проявлениями тревоги и страха.....	282
V. Другие расстройства личности.....	286
19. Суициды, возбуждение и другие неотложные состояния.....	289
I. Введение.....	289
II. Самозащита—меры предосторожности, которые должен предпринимать врач.....	289
III. Предотвращение нанесения вреда себе и окружающим.....	290
IV. Другие состояния, требующие неотложной психиатрической помощи.....	293
20. Расстройства младенческого, детского и подросткового возраста.....	309
I. Принципы диагностической оценки состояния детей и подростков.....	309
II. Развитие ребёнка.....	313
III. Умственная отсталость.....	321
IV. Общие расстройства развития.....	327
V. Расстройства обучения, моторных навыков и общения.....	331
VI. Расстройства с дефицитом внимания и деструктивным поведением.....	334
VII. Расстройства поведения в младенчестве и в раннем детстве в связи сепсисом.....	339
VIII. Расстройства в виде тика.....	340
IX. Расстройства выделительных функций.....	342
X. Другие расстройства младенческого, детского и подросткового возраста.....	344
XI. Другие расстройства, встречающиеся в детском и подростковом возрасте.....	346
XII. Другие расстройства, возникающие в детском возрасте.....	347
21. Гериатрическая психиатрия.....	349
I. Введение.....	349
II. Эпидемиология.....	349
III. Медицинские аспекты.....	349
IV. Клинические	

синдромы.....	350	
V.	Психотерапия	пожилых
людей.....	364	
22.	Тяжёлая	утрата и
смерть.....		367
I.	Горе, скорбь и	тяжёлая
утрата.....	367	
II.	Смерть	и
умирание.....		370
23.		
Психотерапия.....		
..	373	
I.		
Введение.....		
373		
II.	Психоанализ и	психоаналитическая
психотерапия.....	373	
III.		Поведенческая
терапия.....		375
IV.		Когнитивная
терапия.....		376
V.		Семейная
терапия.....		377
VI.		Интерперсональная
терапия.....	377	
VII.		Групповая
терапия.....		377
VIII.	Терапия пар, или	брачная
терапия.....	379	
24.	Психофармакология и другие	виды биологической
терапии.....	383	
I.	Основные	принципы
психофармакологии.....	383	
II.	Анксиолитики	и
снотворные.....	387	
III.		Антипсихотические
препараты.....	395	
IV.		
Антидепрессанты.....		
411		
V.		Антиманиакальные
препараты.....	425	
VI.		Другие
препараты.....		428
VII.		
ЭСТ.....		
431		
VIII.		
Психохирургия.....		
434		
25.	Расстройства движений, обусловленные воздействием лекарственных	
средств ...	435	
I.		
Введение.....		
435		
II.	Паркинсонизм,	вызванный

нейролептиками.....	435		
III. Острая дистония, вызванная			
нейролептиками.....	437		
IV. Острая акатизия, вызванная			
нейролептиками.....	437		
V. Поздняя дискинезия, вызванная			
нейролептиками.....	438		
VI. Злокачественный нейролептический			
синдром.....	440		
VII. Постуральный тремор, связанный с воздействием лекарственных			
средств.....	441		
VIII. Гипертермические			
синдромы.....	441		
26. Юридические аспекты			
психиатрии.....	443		
I. Введение.....			
	443		
II. Юридические аспекты психиатрической			
практики.....	444		
III. Юридические аспекты детской и подростковой			
психиатрии.....	449		
IV. Юридические аспекты психиатрии и гражданского			
права.....	450		
V. Юридические аспекты психиатрии и уголовного			
права.....	451		
VI. Заключение.....			
	452		
11			
27. Лабораторные исследования в			
психиатрии.....	453		
I. Введение.....			
	453		
II. Скрининговые тесты на соматические			
заболевания.....	454		
III. Препараты, используемые для лечения психических			
расстройств.....	454		
IV. Лабораторные			
исследования.....	457		
V. Другие лабораторные			
исследования.....	466		
28. Справочник.....			
	477		
I. Аббревиатуры.....			
	477		
II. Словарь			
терминов.....	478		
III. Классификация			
IV.....	488		
IV. Авторский			
справочник.....	505		
1			

Диагноз и классификация

в психиатрии

I. ВВЕДЕНИЕ

Современные классификационные диагностические системы DSM-IV и принимаемая ныне в России Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) предназначены для статистического анализа, базирующегося на достаточно универсальной воспроизводимости диагностических оценок разными врачами. Это предопределяет на первом этапе анализа преимущественно оценку отдельных психопатологических феноменов. DSM-IV и МКБ-10 в значительной мере дисциплинируют клиническое мышление врача, но не заменяют концептуальных подходов в оценке психопатологических проявлений и психических заболеваний в целом. Опыт показывает, что наиболее плодотворно решаются научные и практические вопросы диагностических оценок в психиатрии при взаимном дополнении симптоматической и нозологической оценок расстройств.

Несмотря на принципиальную общность и близость методических подходов, DSM-IV и МКБ-10 не идентичные классификационные системы. В то же время в них приводится схожее описание отдельных синдромальных групп, форм и вариантов психических расстройств, а многие основные категории расстройств в МКБ-10 включаются в соответствующие категории DSM-IV.

Психическое расстройство — это болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических, физических или химических факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия психического здоровья. Каждое заболевание характеризуется определённой симптоматикой.

Типы психических расстройств в настоящем руководстве классифицированы согласно четвёртому изданию Справочника по диагностике и статистике психических расстройств (DSM-IV) Американской психиатрической ассоциации. В нём содержится описание более 200 болезней. Официальная классификация DSM-IV и кодовые номера (которые используются в медицинских отчётах и страховых полисах) указаны в начале и в конце этого пособия. Целью системы DSM-IV является достоверность (разные наблюдатели должны получать одинаковые результаты) и обоснованность. В DSM-IV используется описательный метод, и для установления диагноза должны быть выявлены характерные симптомы того или иного расстройства. Учёт специальных критериев повышает достоверность диагноза, поставленного врачом-клиницистом.

Психические расстройства в целом (в дополнение к классификации DSM-IV) подразделяют на психотические, невротические, функциональные и органические. Психотические — утрата чувства реальности, сопровождаемая бредом и галлюцинациями, например, при шизофрении.

13

14 Глава I IIA

Невротические — утраты чувства реальности не наблюдается; расстройства обусловлены большей частью внутриспсихическими конфликтами или событиями жизни, которые вызывают тревогу, проявляются такими симптомами, как obsessions, фобии, компульсивность. Функциональные — структурные нарушения и этиологический фактор, которые можно было бы назвать причиной болезни, не известны.

Органические — заболевания, которые обусловлены структурными (морфологическими) изменениями в головном мозге; обычно они сопровождаются когнитивным (интеллектуальными) нарушениями, делирием или деменцией (например, болезнь Пика). Термин «органический» не используется в DSM-IV, поскольку он подразумевает, что некоторые

психические расстройства не имеют биологического компонента, однако его широко применяют в клинической практике.

II. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В DSM-IV выделены 17 основных категорий психических расстройств, представленных ниже.

A. Расстройства младенческого, детского и подросткового возраста.

1. Умственная отсталость. Нарушение интеллектуальных функций; начинается в период развития; сопровождается задержкой развития (незрелостью), затруднением обучения и социальной адаптации. Согласно коэффициенту интеллектуального развития (IQ) подразделяют на лёгкую (от 50-55 до 70), умеренную (от 35-40 до 50-55), тяжёлую (от 20-25 до 35-40) и глубокую (ниже 20-25).

2. Расстройства обучения. Затруднения в приобретении специфических навыков в счёте, письме, чтении из-за отставания в развитии.

3. Расстройства моторных навыков. Нарушения развития моторной координации (расстройство координации, связанное с развитием). У детей, страдающих этим расстройством, движения зачастую бывают неуклюжими и несогласованными.

4. Расстройства общения. Нарушение развития, приводящее к трудностям формирования ожидаемых в этом возрасте предложений (расстройство экспрессивной речи), затруднённое использование и понимание слов (расстройство рецептивно-экспрессивной речи), затруднённое произнесение речевых звуков (расстройство речевой артикуляции), нарушение плавности, темпа и ритма речи (заикание).

5. Общие расстройства развития. Характеризуются аутистическим, атипичным поведением, значительной незрелостью, неадекватным развитием и невозможностью отделить свою личность от материнской. Подразделяют на аутистическое расстройство (стереотипное поведение, отказ от речевого общения), синдром Ретта (утрата речи и двигательных навыков одновременно с замедленным ростом головы), дезинтегративное расстройство детского возраста (утрата приобретённой речи и двигательных навыков до 10 лет), синдром Лспергера (стереотипное поведение с некоторой способностью к общению) и общее расстройство развития неуточнённое.

6. Расстройства с дефицитом внимания и деструктивным поведением. Характеризуются дефицитом внимания, гиперактивностью, дерзким, агрессивным, конфликтным поведением, склонностью к правонарушениям, враждебностью, чувством отвергнутости, негативизмом или импульсивностью. Пациенты, как правило,

Диагноз и классификация в психиатрии 15

не подчиняются родителям и не признают их авторитета. Подразделяются на расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью (недостаточная концентрация внимания, отсутствие настойчивости в деятельности, требующей сосредоточенности, перескакивание с одного на другое, импульсивность, неорганизованная чрезмерная активность), расстройство поведения (склонность к правонарушениям), расстройство в виде вызывающей оппозиции (негативизм, нарочито вызывающее поведение, непослушание, конфликтность).

7. Расстройства пищевого поведения в младенчестве и раннем детстве. Характеризуются нарушением, странными привычками в приёме пищи, которые обычно возникают в детстве или у подростков и продолжаются в зрелом возрасте. Из них выделяют пикацизм (поедание несъедобных веществ) и расстройство в виде повторного срыгивания (регургитация).

8. Расстройства в виде тика. Характеризуются внезапным непроизвольным, периодически повторяющимся, стереотипным движением или произносимым звуком. Подразделяются на синдром де да Туретта (голосовой тик и

копролалия), расстройство в виде хронических моторных или звуковых тиков и расстройство в виде транзиторных тиков.

9. Расстройства выделительных функций (экскреции). Недержание кала (энкопрез) или недержание мочи (энурез) вследствие физиологических или психических нарушений.

10. Другие расстройства младенческого, детского или подросткового возраста. Селективный мутизм (ребёнок не в состоянии разговаривать в определённых ситуациях), реактивное расстройство привязанностей в младенческом или раннем детском возрасте (значительное ослабление способности устанавливать взаимоотношения, возникшие в первые 5 лет жизни), стереотипное двигательное расстройство (сосание пальца, кусание ногтей, ковыряние кожи), тревожное расстройство, вызванное разлукой (боязнь разлучиться с домом с выраженной продолжительной тревогой).

Делирий, деменция, амнестическое и другие когнитивные расстройства. Нарушения, характеризующиеся изменением в структуре и деятельности головного мозга, вследствие чего возникают неспособность к обучению, ориентации, правильному суждению и умственной деятельности, расстройство памяти.

1. Делирий. Характеризуется кратковременным помрачением сознания и когнитивными расстройствами. Существует несколько причин: соматоневрологическое заболевание, например инфекция, влияние психоактивного вещества, например кокаина, опиатов, фенилциклидина, полиэтиологических факторов, например травмы головы и болезнь почек, и неуточнённый делирий.

2. Деменция. Характеризуется резким нарушением памяти, способности к правильному суждению, ориентации и других когнитивных функций. Деменция альцгеймер-меровского типа обычно начинается у людей старше 65 лет и проявляется прогрессирующим снижением интеллекта, бредом, депрессией; сосудистая деменция вызвана тромбозом сосудов и кровоизлиянием; деменция, обусловленная другими соматическими или неврологическими заболеваниями, например вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), травмой головы; ряд других разновидностей, например деменция при болезни Пика, деменция при болезни Крейтцфельдша-Якоба (вызванная медленно развивающимся трансмиссивным

14 Глава I ПА

Невротические — утраты чувства реальности не наблюдаются; расстройства обусловлены большей частью внутрипсихическими конфликтами или событиями жизни, которые вызывают тревогу, проявляются такими симптомами, как obsessions, фобии, компульсивность. Функциональные — структурные нарушения и этиологический фактор, которые можно было бы назвать причиной болезни, не известны.

Органические — заболевания, которые обусловлены структурными (морфологическими) изменениями в головном мозге; обычно они сопровождаются когнитивными (интеллектуальными) нарушениями, делирием или деменцией (например, болезнь Пика). Термин «органический» не используется в DSM-IV, поскольку он подразумевает, что некоторые психические расстройства не имеют биологического компонента, однако его широко применяют в клинической практике.

II. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В DSM-IV выделены 17 основных категорий психических расстройств, представленных ниже.

A. Расстройства младенческого, детского и подросткового возраста.

1. Умственная отсталость. Нарушение интеллектуальных функций; начинается в период развития; сопровождается задержкой развития (незрелостью), затруднением обучения и социальной адаптации. Согласно

коэффициенту интеллектуального развития (IQ) подразделяют на лёгкую (от 50-55 до 70), умеренную (от 35-40 до 50-55), тяжёлую (от 20-25 до 35-40) и глубокую (ниже 20-25).

2. Расстройства обучения. Затруднения в приобретении специфических навыков в счёте, письме, чтении из-за отставания в развитии.

3. Расстройства моторных навыков. Нарушения развития моторной координации (расстройство координации, связанное с развитием). У детей, страдающих этим расстройством, движения зачастую бывают неуклюжими и несогласованными.

4. Расстройства общения. Нарушение развития, приводящее к трудностям формирования ожидаемых в этом возрасте предложений (расстройство экспрессивной речи), затруднённое использование и понимание слов (расстройство рецептивно-экспрессивной речи), затруднённое произнесение речевых звуков (расстройство речевой артикуляции), нарушение плавности, темпа и ритма речи (заикание).

5. Общие расстройства развития. Характеризуются аутистическим, атипичным поведением, значительной незрелостью, неадекватным развитием и невозможностью отделить свою личность от материнской. Подразделяют на аутистическое расстройство (стереотипное поведение, отказ от речевого общения), синдром Ретта (утрата речи и двигательных навыков одновременно с замедленным ростом головы), дезинтегративное расстройство детского возраста (утрата приобретённой речи и двигательных навыков до 10 лет), синдром Лспергера (стереотипное поведение с некоторой способностью к общению) и общее расстройство развития неуточнённое.

6. Расстройства с дефицитом внимания и деструктивным поведением. Характеризуются дефицитом внимания, гиперактивностью, дерзким, агрессивным, конфликтным поведением, склонностью к правонарушениям, враждебностью, чувством отвергнутости, негативизмом или импульсивностью. Пациенты, как правило,

Диагноз и классификация в психиатрии 15

не подчиняются родителям и не признают их авторитета. Подразделяются на расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью (недостаточная концентрация внимания, отсутствие настойчивости в деятельности, требующей сосредоточенности, перескакивание с одного на другое, импульсивность, неорганизованная чрезмерная активность), расстройство поведения (склонность к правонарушениям), расстройство в виде вызывающей оппозиции (негативизм, нарочито вызывающее поведение, непослушание, конфликтность).

7. Расстройства пищевого поведения в младенчестве и раннем детстве. Характеризуются нарушением, странными привычками в приёме пищи, которые обычно возникают в детстве или у подростков и продолжаются в зрелом возрасте. Из них выделяют пикацизм (поедание несъедобных веществ) и расстройство в виде повторного срыгивания (регургитация).

8. Расстройства в виде тика. Характеризуются внезапным непроизвольным, периодически повторяющимся, стереотипным движением или произносимым звуком. Подразделяются на синдром де да Туретта (голосовой тик и копролалия), расстройство в виде хронических моторных или звуковых тиков и расстройство в виде транзиторных тиков.

9. Расстройства выделительных функций (экскреции). Недержание кала (энкопрез) или недержание мочи (энурез) вследствие физиологических или психических нарушений.

10. Другие расстройства младенческого, детского или подросткового возраста. Селективный мутизм (ребёнок не в состоянии разговаривать в определённых ситуациях), реактивное расстройство привязанностей в младенческом или раннем детском возрасте (значительное ослабление способности устанавливать взаимоотношения, возникшие в первые 5 лет жизни), стереотипное

двигательное расстройство (сосание пальца, кусание ногтей, ковыряние кожи), тревожное расстройство, вызванное разлукой (боязнь разлучиться с домом с выраженной продолжительной тревогой).

Делирий, деменция, амнестическое и другие когнитивные расстройства. Нарушения, характеризующиеся изменением в структуре и деятельности головного мозга, вследствие чего возникают неспособность к обучению, ориентации, правильному суждению и умственной деятельности, расстройство памяти.

1. Делирий. Характеризуется кратковременным помрачением сознания и когнитивными расстройствами. Существует несколько причин: соматоневрологическое заболевание, например инфекция, влияние психоактивного вещества, например кокаина, опиатов, фенилциклидина, полиэтиологических факторов, например травмы головы и болезнь почек, и неуточнённый делирий.

2. Деменция. Характеризуется резким нарушением памяти, способности к правильному суждению, ориентации и других когнитивных функций. Деменция альцгеймер-меровского типа обычно начинается у людей старше 65 лет и проявляется прогрессирующим снижением интеллекта, бредом, депрессией; сосудистая деменция вызвана тромбозом сосудов и кровоизлиянием; деменция, обусловленная другими соматическими или неврологическими заболеваниями, например вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), травмой головы; ряд других разновидностей, например деменция при болезни Пика, деменция при болезни Крейтцфельдша-Якоба (вызванная медленно развивающимся трансмиссивным

16 Глава 1 ПБ

вирусом); деменция, вызванная токсином или лекарственными средством (психоактивным веществом), например парами бензина, атропином; деменция с множественной этиологией или неуточнёнными причинами. 3. Амнестическое расстройство. Характеризуется ухудшением памяти и забывчивостью. Вызвано соматическими или неврологическими заболеваниями (гипоксия), токсином, лекарственными или наркотическими веществами, например марихуаной, диазепамом.

В. Психические расстройства, обусловленные соматическими и неврологическими заболеваниями. Симптомы психических расстройств, которые возникают как прямой результат соматических или неврологических заболеваний. Включают расстройства, вызванные сифилисом, энцефалитом, абсцессом мозга, сердечно-сосудистым заболеванием, травмой, эпилепсией, внутричерепной опухолью, эндокринными нарушениями, пеллагрой, авитаминозом, инфекциями (например, тифом, малярией) и дегенеративными заболеваниями ЦНС (например, рассеянным склерозом). Могут проявляться кататоническими расстройствами, например при инсульте, или изменением личности, например при опухоли головного мозга, а также делириозным синдромом, деменцией, амнестическими и психотическими расстройствами, расстройствами настроения, тревогой, сексуальной дисфункцией и расстройствами сна. Г. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ.

1. Расстройства, связанные с привыканием к психоактивным веществам. Зависимость от какого-либо вещества или злоупотребление им (прежнее название — наркотическая зависимость). К таким веществам относятся алкоголь, никотин (табак), кофеин и др. Пациенты могут злоупотреблять опиумом или алкалоидами, синтетическими анальгетиками с морфиноподобным действием, такими, как РСР, барбитуратами, другими снотворными средствами, транквилизаторами, кокаином, каннабисом, или индийской коноплей (гашиш, марихуана), психостимуляторами (такими, как фенамин, галлюциногены) и ингалянтами.

2. Расстройства, вызванные воздействием психоактивных веществ. Психоак-

тивные препараты и другие вещества могут вызвать синдромы интоксикации и отмены, делирий, стойкую деменцию, стойкое амнестическое расстройство, психотическое расстройство, расстройство настроения, тревожное расстройство, сексуальную дисфункцию и расстройство сна.

3. Расстройства, связанные с употреблением алкоголя. Разновидность расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Эти расстройства включают алкогольную интоксикацию (алкогольное опьянение), интоксикационный делирий (обычно развивается после пьянства в течение нескольких дней), алкогольный синдром отмены, алкогольный синдром отмены с делирием (включает в себя алкогольный делирий), алкогольные психозы (включают в себя алкогольный галлюциноз, который отличается от делирия ясным сознанием), стойкое амнестическое расстройство, вызванное алкоголем [корсаковский синдром, часто ему предшествуют энцефалопатия Вернике, неврологические расстройства — атаксия, офтальмоплегия, спутанность сознания; их сочетание (синдром Вернике-Корсакова)], и стойкую деменцию, вызванную алкоголем (отличается от синдрома Вернике-Корсакова множественными расстройствами когнитивных функций). Также могут наблюдаться вызванные злоупотреблением алкоголем расстройство настроения, тревожное расстройство и расстройство сна.

Диагноз и классификация в психиатрии 17

Д. Шизофрения и другие психотические расстройства. Заболевания, которые проявляются расстройствами мышления и восприятия, часто сопровождаются бредом и галлюцинациями.

1. Шизофрения. Характеризуется изменениями в эмоциональной сфере (амбивалентность, отчуждённость, потеря контакта с окружающими людьми, неадекватное реагирование, утрата сочувствия к людям), в поведении (аутичное, агрессивное, нелепое, «странное») и в мышлении (искажение реальности, иногда сопровождаемое бредом и галлюцинациями). Шизофрения подразделяется на несколько типов: 1. Дезорганизованная (гебефреническая) шизофрения: бессвязное мышление, ужимки, эмоциональное оскудение и неадекватность эмоциональных реакций, дурашливость, манерность, частые соматические жалобы, периодический бессвязный бред и галлюцинации; 2. Кататоническая шизофрения — форма заболевания с чрезмерным возбуждением (характеризуется излишней и иногда неистовой двигательной активностью) или общей заторможенностью, состоянием ступора, мутизмом, негативизмом, восковой гибкостью и в некоторых случаях так называемым вегетативным состоянием; 3. Параноидная шизофрения — шизофрения, характеризующаяся бредом преследования или величия, иногда галлюцинациями либо чрезмерной религиозностью; пациент часто враждебен и агрессивен; 4. Недифференцированная шизофрения — нарушения поведения с устойчивым бредом и галлюцинациями; 5. Резидуальная шизофрения — признаки шизофрении после психотического шизофренического приступа у пациентов, которые не находятся в психотическом состоянии. (Постшизофреническое депрессивное расстройство может наблюдаться во время резидуальной фазы.)

2. Бредовое (параноидное) расстройство. Психотическое расстройство со стабильным бредом, например эротоманическим, величия, ревности, преследования, соматическим, неуточнённого типа. Паранойя — редко встречающееся состояние, характеризующееся постепенным созданием тщательно разработанной системы бреда с идеями величия; имеет хронический характер; в остальном личность остаётся незатронутой.

3. Кратковременное психотическое расстройство. Психотическое расстройство продолжительностью менее 1 мес, вызванное внешним стрессовым фактором.

4. Шизофрениформное расстройство. Похожее на шизофрению расстройство с бредовыми состояниями, галлюцинациями и неадекватностью поведения,

которое продолжается менее 6 мес.

5. Шизоаффективное расстройство. Характеризуется сочетанием шизофренических симптомов и ярко выраженной манией (биполярный тип) или депрессией (депрессивный тип).

6. Индуцированное психотическое расстройство. Один и тот же бред возникает у двух человек, один из которых имеет невысокий интеллект или зависим от другого [также это расстройство известно под названием индуцированного параноидного расстройства, которое может возникать у группы людей, *folie a deux* (бред вдвоём)].

7. Психотические нарушения, обусловленные соматическим или иным заболеванием. Галлюцинации и бредовые расстройства, вызванные каким-либо заболеванием, например эпилепсией, авитаминозом, менингитом.

8. Психотическое расстройство, вызванное психоактивным веществом. Симптомы психоза, вызванные употреблением психотропных или иных веществ, например галлюциногенов, кокаина.

18 Глава 1 НЕ

9. Психотическое расстройство неуточнённое (атипичный психоз). Психотические признаки, связанные с: 1) определённой культурой (кого — встречающийся в Южной и Восточной Азии страх уменьшения пениса); 2) определённым временем или событием (послеродовой психоз — через 48-72 ч после родов); 3) уникальной группой симптомов (синдром Капгра — пациентам кажется, что у них есть двойник). Е. Расстройства настроения (по прежней терминологии, аффективные расстройства). Характеризуются депрессией, которая доминирует в психической жизни пациента и является причиной дисфункции. Расстройства настроения могут быть вызваны соматическим или неврологическим заболеванием, приёмом психоактивных средств (кокаина) или лекарственных препаратов (таких, как противоопухолевые средства, резерпин).

1. Биполярные расстройства. Характеризуются большой эмоциональной лабильностью, ремиссией и рецидивированием. Биполярное расстройство I типа — маниакальное или смешанное состояние обычно с большим депрессивным эпизодом; биполярное расстройство II типа — большой депрессивный эпизод и гипоманиакальный эпизод (менее сильный, чем мания) без маниакального или смешанного эпизода; циклотимические нарушения — менее тяжёлая форма биполярного расстройства.

2. Депрессивные расстройства. Большое депрессивное расстройство — крайне подавленное настроение, психическая и двигательная заторможенность, тревога, страх, растерянность, ажитация, чувство вины, суицидальные мысли, обычно рецидивирующие. Дистимическое расстройство — менее тяжёлая форма депрессии, обычно вызванная определённым событием или утратой близкого человека (депрессивный невроз). Послеродовая депрессия возникает в течение месяца после родов. Депрессивное расстройство сезонного характера (сезонное аффективное расстройство) чаще всего возникает зимой.

Ж. Тревожные расстройства. Характеризуются глубокой и устойчивой тревогой (генерализованное тревожное расстройство), часто доходящей до паники (паническое расстройство), боязнью выйти из дома (агорафобия), боязнью определённых ситуаций или объектов (специфические фобии), публичного выступления (социальные фобии), непроизвольным и устойчивым возникновением каких-либо мыслей, желаний, побуждений или действий (обсессивно-компульсивное расстройство). Включают в себя также посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) как результат чрезвычайного жизненного стресса (война, катастрофа), которое характеризуется тревогой, кошмарными сновидениями, ажитацией и иногда депрессией; острую реакцию на стресс — расстройство, клинически схожее с ПТСР, но менее продолжительное (до 4 нед). Может быть вызвано соматическим заболеванием, например гипертиреозом, либо психоактивным

веществом, например кокаином.

3. Соматоформные расстройства. Характеризуются болезненной озабоченностью своим здоровьем, чрезмерной боязнью заболеть той или иной болезнью. Подразделяют на: соматизированное расстройство — многочисленные соматические жалобы без органической патологии; конверсионное расстройство (истерия, синдром Брике) — заболевание, при котором возникают мнимые расстройства, проявляющиеся слепотой, глухотой, аносмией, потерей чувствительности, парестезиями, параличами, атаксией, акинезией или дискинезией; пациенты часто проявляют неуместную беззаботность и могут стараться извлечь определённую выгоду из своих действий; ипохондрию (ипо-

Диагноз и классификация в психиатрии 19

хондрический невроз) — состояние чрезмерной заботы о собственном здоровье и устойчивая ложная убеждённость в наличии у себя той или иной болезни; стойкое соматоформное болевое расстройство — состояние повышенной озабоченности болевыми ощущениями, при котором играют роль психологические факторы; дисморфофобическое расстройство — ложное убеждение в том, что та или иная часть тела деформирована.

И. Имитируемые расстройства. Характеризуются намеренным придумыванием психотических, соматических или одновременно тех и других симптомов с целью казаться больным (синдром Мюнхгаузена).

К. Диссоциативные расстройства. Характеризуются неожиданным временным нарушением сознания или расстройством идентификации личности. Диссоциативная (психогенная) амнезия — потеря памяти без какой-либо органической причины; диссоциативная (психогенная) фуга — неожиданное бегство из дома; диссоциативное расстройство идентификации (расстройство в форме множественной личности) — больному кажется, что в нём существует две или более личности; деперсонализационное расстройство — чувство отчуждения собственной личности (эмоций, мыслей, поступков и др.).

Л. Сексуальные расстройства и расстройства половой идентификации. Подразделяют на расстройства сексуального предпочтения, расстройства половой идентификации и сексуальную дисфункцию. Расстройства сексуального предпочтения (парафилии) наблюдаются у больных, чьи интересы в половой жизни направлены преимущественно не на лиц противоположного пола, а на какие-либо предметы, половые действия, не связанные с коитусом, или коитус при необычных обстоятельствах. Включают в себя эксгибиционизм, фетишизм, фроттеризм, педофилию, мазохизм, садизм, фетишистский трансвестизм и вуайеризм. Сексуальные дисфункции связаны с влечением (расстройство в виде снижения сексуального влечения, расстройство, связанное с сексуальным отвращением), с возбуждением (расстройство сексуального возбуждения у женщин, расстройство эрекции у мужчин), с оргазмом (расстройство оргазма у женщин, например аноргазмия, расстройство оргазма у мужчин, например задержанная или преждевременная эякуляция) и сексуальными болевыми расстройствами (диспареуния, вагинизм). Сексуальная дисфункция может быть вызвана соматическим или неврологическим заболеванием (таким, как рассеянный склероз) или злоупотреблением психоактивным веществом (например, фенамином).

Расстройства половой идентификации (включая транссексуализм) характеризуются устойчивым дискомфортом, связанным со своей половой принадлежностью, и стремлением к изменению своих половых признаков, например, путём кастрации.

М. Расстройства пищевого поведения. Характеризуются нарушениями в пищевом поведении. Включают в себя нервную анорексию (потеря массы тела, отказ от приёма пищи) и нервную булимию (приступы обжорства с последующей рвотой или без неё).

Н. Расстройства сна. Включают. 1) диссомнию, при которой у больного возникают нарушения сна, он не может заснуть (инсомния) или спит слишком много (гипер-сомния); 2) парасомнию, например расстройство в виде ночных кошмаров, сомнамбулизм или расстройство в виде ночных ужасов (больной просыпается,

↓

20 Глава 1 II О

парализованный страхом); 3) нарколепсию (приступы патологического сна с утратой мышечного тонуса — катаплексия); 4) расстройства сна, связанные с дыханием (храп, апноэ), 5) расстройства циркадианного ритма сна и бодрствования (дневная сонливость, инверсия ритма сна и бодрствования). Расстройства сна также могут быть вызваны соматическим или неврологическим заболеванием, например болезнью Паркинсона, и злоупотреблением психоактивным веществом, например алкоголем.

О. Расстройства контроля над побуждениями (нигде больше не классифицированные). Расстройства, при которых больной не в состоянии контролировать свои побуждения, импульсивное влечение к выполнению каких-то действий. Разновидностями их являются перемежающееся эксплозивное расстройство (несдерживаемая агрессия), клептомания (патологическое влечение к воровству), пиромания (патологическое влечение к поджогам), трихотилломания (выдёргивание у себя волос) и патологическое влечение к азартным играм.

П. Расстройства адаптации. Недостаточная адаптация к стрессовым воздействиям, возникающим в жизни. Подразделяются в зависимости от симптомов на расстройства с тревогой, с депрессивным настроением, с тревогой и депрессивным настроением, с нарушением поведения, с нарушением эмоций и поведения.

Р. Расстройства личности. Расстройства, характеризующиеся глубоко укоренившимися дезадаптивными моделями поведения, которые обычно начинают проявляться в детстве или юности.

1. Параноидное расстройство личности. Характеризуется необоснованной подозрительностью, гиперчувствительностью, ревностью, завистью, ригидностью, чрезмерным самомнением и тенденцией обвинять других и приписывать им злые намерения.

2. Шизоидное расстройство личности. Характеризуется робостью, сенситивностью, стремлением к отшельничеству, эмоциональной закрытостью, избеганием близких отношений, эксцентричностью, склонностью к фантазированию и неспособностью выражать враждебность или агрессию; утраты чувства реальности не наблюдается.

3. Шизотипическое расстройство личности. Сходное с шизоидным, но в этом случае больной проявляет незначительную утрату чувства реальности, странные убеждения, он отчуждён от окружающего мира, аутичен.

4. Обсессивно-компульсивное расстройство личности. Характеризуется чрезмерным беспокойством о совершении действий в согласии с нормами морали; пациент может быть ригидным, сверхсовестливым, преисполненным сознания долга, чрезвычайно подавленным и не способным расслабиться (пунктуальный, бережливый, аккуратный).

5. Истерическое (гистрионное) расстройство личности. Характеризуется эмоциональной нестабильностью, возбудимостью, гиперреактивностью, психической незрелостью, тщеславием, театральностью самовыражения для привлечения внимания и успокоения.

6. Расстройство личности в виде уклонения (избегания). Характеризуется сниженной энергичностью, быстрой утомляемостью, недостатком энтузиазма, ощущением неполноценности, уклонением от социальных контактов, неспособностью наслаждаться жизнью и сверхчувствительностью к стрессу.

7. Анти социальное расстройство личности. Наблюдается у людей, которые

находятся в конфликте с обществом; они не способны к лояльности, эгоистичны, грубы, безответственны, импульсивны и не способны чувствовать вину за свои проступки

Анализ и классификация в психиатрии 21

или учиться на жизненном опыте, имеют низкий уровень фрустрационной устойчивости, склонны обвинять других.

8. Нарциссическое расстройство личности. Характеризуется ощущением величия, обладания прав на что-либо, недостатком сочувствия, завистливостью, стремлением манипулировать людьми, самолюбованием, потребностью во внимании и восхищении со стороны других.

9. Пограничное расстройство личности. Характеризуется нестабильностью, импульсивностью, беспорядочной половой жизнью, попытками самоубийства, членовредительством, личными проблемами и чувством опустошённости и тоски.

10. Зависимое расстройство личности. Характеризуется пассивным и покорным поведением; пациент не уверен в себе и становится полностью зависимым от других.

С. Прочие состояния, которые могут иметь клиническое значение. Состояния, при которых психическое расстройство не выражено, но существует проблема диагностики или лечения.

1. Соматические расстройства вследствие влияния психологических факторов. Расстройства, характеризующиеся общесоматическими симптомами, на появление которых повлияли эмоциональные факторы или которые были вызваны ими; обычно при этом имеется в виду система отдельных органов, работа которых контролируется вегетативной нервной системой или непосредственно зависит от неё. В частности, они включают в себя атопический дерматит, поясничные боли, бронхиальную астму, гипертонию, мигрень, язву и колит.

2. Расстройства движений, связанные с воздействием лекарственных препаратов. Расстройства, вызванные лекарственными средствами, особенно антагонистами дофаминовых рецепторов, например аминазином. Включают в себя паркинсонизм, нейролептический синдром (мышечная ригидность, гипотермия), острую дистонию (миотонический спазм), острую акатизию (неусидчивость), позднюю дискинезию (хореоподобные движения) и постуральный тремор.

3. Проблемы взаимоотношений. Нарушенные отношения в рамках привычной социальной среды. Включают в себя проблемы взаимоотношений родителей и детей, супругов и проблемы сибсов (братьев и сестёр). Также могут возникать, когда один член социальной группы психически или физически болен, а другой из-за этого находится в состоянии стресса.

4. Проблемы, связанные с плохим обращением, пренебрежением и насилием. Включают в себя физическое и сексуальное насилие у детей и взрослых.

Т. Дополнительные состояния, которые могут иметь клиническое значение. Состояния, при которых у людей есть проблемы, недостаточно серьёзные, чтобы психиатр мог поставить диагноз, но которые связаны с самоопределением человека в обществе. Классифицированы на антисоциальное поведение у взрослых, детей и подростков (повторяющиеся преступные действия), пограничную интеллектуальную недостаточность (IQ 71-84), симуляцию (сознательное воспроизведение симптомов той или иной болезни), отказ от лечения, проблемы на работе или в учёбе, проблемы, связанные с периодом жизни (отцовство, материнство, безработица), тяжёлую утрату, связанную с возрастом, ухудшение когнитивных функций (забывчивость в преклонном возрасте), проблемы личности (выбор карьеры, сексуальная ориентация), религиозные или духовные проблемы и проблемы культурной адаптации (после иммиграции).

У. Другие категории. В дополнение к вышеперечисленным другие категории заболеваний, указанных в DSM-IV, требуют дальнейшего изучения, прежде чем стать официальной частью систематики. Это относится к следующим заболеваниям.

1. Синдром последствий сотрясения мозга. Ухудшение познавательной способности, головная боль, нарушения сна, головокружение, изменение личности после травмы головы.

2. Лёгкое когнитивное расстройство. Нарушения памяти, мышления, внимания как результат соматического заболевания, например нарушения электролитного баланса, гипотиреоза, ранних стадий рассеянного склероза.

3. Синдром отмены кофеина. Усталость, депрессия, беспокойство после прекращения приёма кофеина.

4. Постшизофреническая депрессия. Депрессивный эпизод, который может быть довольно длительным, возникающий как следствие шизофрении.

5. Простая шизофрения. Характеризуется странностями поведения, неспособностью соответствовать требованиям общества, притуплением эмоциональных реакций, волевыми расстройствами и низкой социальной адаптацией. Бредовые состояния и галлюцинации не очевидны.

6. Малое депрессивное расстройство, кратковременное рекуррентное депрессивное расстройство и предменструальное дисфорическое расстройство. Малое депрессивное расстройство проявляется такими симптомами, как беспокойство и повышенное внимание к незначительным дисфункциям вегетативной нервной системы (тремор и сердцебиение). Кратковременное рекуррентное депрессивное расстройство характеризуется рецидивирующими эпизодами депрессии, каждый из которых длится менее 2 нед (обычно 2-3 дня) и завершается полным выздоровлением. Предменструальное дисфорическое расстройство возникает за 1 нед до менструации (фаза жёлтого тела) и сопровождается угнетённым настроением, тревогой, раздражительностью, заторможенностью, нарушениями сна.

7. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство. Характеризуется одновременно тревогой и депрессией, ни одна из которых не является доминирующей (иногда это расстройство называют неврастенией).

8. Имитируемое расстройство («по доверенности»). Также известно как синдром Мюнхгаузена. Пациенты придумывают болезни своим детям.

9. Диссоциативное расстройство в виде транса. Характеризуется временной потерей ощущения себя как личности и неосознанностью окружающего; пациент ведёт себя так, как если бы его поведение контролировалось другой личностью, духом или силой.

10. Переедание, связанное с психологическими расстройствами. Форма булимии, характеризующаяся рецидивирующими приступами обжорства без вызывания рвоты и злоупотребления слабительным.

11. Депрессивное расстройство личности и пассивно-агрессивное расстройство личности. Эти расстройства относятся к категории неуточнённых.

2

Психиатрическое обследование:

история болезни,

психическое состояние,

клинические признаки и симптомы

I. ВВЕДЕНИЕ

Беседа с пациентом — основа правильной диагностики в медицине вообще и в психиатрии в частности, а общение между врачом и пациентом — залог эффективного лечения. Целями беседы являются: 1) выяснение временной перспективы жизни пациента; 2) установление первоначального контакта и взаимопонимания между врачом и пациентом; 3) достижение взаимного доверия и открытости; 4) понимание состояния пациента; 5) определение диагноза; 6) разработка плана лечения.

II. МЕТОДИКА КЛИНИЧЕСКОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ

А. Выберите удобное, уединённое помещение.

Б. Представьтесь, поздоровайтесь с пациентом, назовите его по имени, объясните цель беседы.

В. Сделайте так, чтобы пациент почувствовал себя свободно, установите взаимный контакт, проявив расположение и чуткость.

Г. Не делайте оценочных суждений.

Д. Внимательно наблюдайте за поведением пациента, за его позой, манерами и внешностью.

Е. Не делайте слишком много записей.

Ж. Поддерживайте активную беседу. Не спорьте и не злитесь.

З. Используйте слова и понятия, соответствующие интеллекту пациента.

И. Продолжительность беседы 15-90 мин в зависимости от состояния пациента (в среднем 45-60 мин)- меньше времени займёт беседа с неохотно идущими на контакт пациентами или находящимися в остром состоянии, больше времени — с разговорчивым, охотно принимающим участие в беседе пациентом.

К. Задавайте общие вопросы невротичным, разговорчивым, с высоким интеллектом пациентам, например: «Расскажите мне больше об этом». В ограниченных по времени беседах или при психозах, делирии, слабоумии используйте чёткие и конкретные вопросы (конкретные вопросы обычно требуют ответа «да» или «нет»). Избегайте вопросов-подсказок, например: «Вы чувствуете себя угнетённым, не так ли?» (табл. 2-1). Характер собеседования зависит от ситуации.

II. Психиатрическое обследование состоит из двух частей: выяснения истории болезни и психического состояния на данный момент. Схема истории болезни и психического состояния пациента, страдающего психическим расстройством, приведена ниже. Примерные вопросы и толкование собранной информации прилагаются. Для систематического изучения следует рассмотреть все предложенные темы, хотя порядок, в котором это будет происходить, может меняться.

23

24 Глава 2 ИЛ

Таблица 2-1 Общие и конкретные вопросы

Аспект	Общие вопросы (основные)	Конкретные вопросы (специальные)
Непосредственность	Высокий показатель	Низкий показатель
Достоверность	Они обеспечивают спонтанные формулировки Низкая Они могут привести к непредсказуемым ответам	Они «ведут» пациента Высокая Узкий диапазон, можно заранее предположить ответы
Точность	Низкая Цель вопроса не определена	Высокая Цель вопроса определена
Временная эффективность	Низкая	Высокая
Полнота диагностики	Подробный рассказ Низкая Пациент выбирает	Могут предполагаться ответы «да» и «нет» Высокая Выбирает тему тот, кто

Приемлемость пациентом	тему Различная	задает вопросы Различная
	Большинство пациентов предпочитают выражать свои чувства свободно, другие сдерживаются и чувствуют себя незащищенными	Одним пациентам нравится четкая формулировка вопросов, другие любят, когда их ставят в рамки ответов «да» или «нет»

Таблица 2-2 Особые ситуации и виды собеседования

Аутичный пациент	Будьте активны, направляйте беседу Обращайте внимание на невербальные диагностические критерии, на телодвижения Меняйте тему разговора, если у пациента возникают трудности с обсуждением того или иного предмета
Беседа о семье	Сконцентрируйте свое внимание на конкретной проблеме пациента Спросите, как реагирует на нее каждый из членов его семьи — злится, заинтересован, испуган, проявляет беспокойство, кто хочет оказать помощь
Пациент с симптомами депрессии	Выявите суицидальные мысли Если они есть, то существует ли у пациента определенный план? Попробуйте повысить самоуважение пациента, позитивно оценив его личность в конце беседы
Агрессивный пациент	Не запирайте комнату Сядьте рядом с дверью, чтобы можно было быстро выйти Поставьте в комнате или рядом с ней санитара Определите рамки, в которых будет проводиться беседа Если пациент слишком возбужден, прекратите беседу немедленно
Пациент с психосоматическими симптомами	Не обсуждайте соматические симптомы по типу «это лишь в вашем воображении» Убедите пациента в том, что его жалобы «реальны»
Пациент с бредовыми расстройствами	Не критикуйте ошибочные суждения пациента напрямую, вы можете сказать, что не согласны с его умозаключением, но понимаете его

Психиатрическое обследование: история болезни... 25

Таблица 2-2. Окончание

Пациент маниакальным расстройством	с	Постарайтесь установить рамки, в которых будет проводиться беседа. Скажите пациенту, что вам необходимо получить специальную информацию, например, о том, кто является членом его семьи, а потом вы поговорите на другие темы. Будьте твердым, но не воинственным.
Беседа	с	10% раствор амобарбитала натрия в/в по

использованием лекарственных средств*	1 мл/мин. После 150— 500 мг пациент становится сонным и готовым отвечать на вопросы. Используется при кататоническом синдроме, мутизме, амнезии. Спутанность сознания может происходить в результате органических нарушений. Бензодиазепины, например диазепам, также могут быть использованы, чтобы вызвать наркоз.
---------------------------------------	--

* Использование лекарственных препаратов для получения «большей открытости» больного носит спорный характер прежде всего по этическим соображениям. В лечебных учреждениях России практически не используется.

III. ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

История болезни (анамнез) пациента, страдающего психическим расстройством, отражает историю его жизни начиная с рождения до настоящего времени.

Темы

Вопросы/Комментарии

Личные данные. Имя, возраст, Эта информация можно записать происхождение, пол, семейное как часть беседы.

положение, вероисповедание, образование, адрес, номер телефона, род занятий, источник получения дополнительных сведений или источник информации в случае, если пациент не в состоянии предоставить её.

Основная жалоба. Краткое «Почему вы решили обратиться к объяснение словами пациента, психиатру?»; «Что привело вас в почему он обратился в больницу?»; «Как вы считаете, в больницу или пришёл на чём причина вашего беспокойства?»

Анамнез. Развитие симптомов с Делайте как можно больше начала болезни до настоящего записей со слов пациента. времени; связь с жизненными Узнайте о предыдущих событиях, конфликтами, госпитализациях и лечении. факторами стресса; отказ от прежнего образа жизни.

Предыдущие

психические/соматические были заболевания, каким было заболевания. Психические лечение, назначение лекарственных средств, психосоматические, последствия, к которым привела соматические, неврологические болезнь; больницы, в которых заболевания (черепно-мозговые проводилось лечение, какие травмы, судорожные были врачи. Определите, служит ли болезнь какой-то дополнительной цели в жизни пациента («вторичная выгода»).

Выясните, насколько серьёзными были заболевания, каким было лечение, назначение лекарственных средств, последствия, к которым привела болезнь; больницы, в которых проводилось лечение, какие травмы, судорожные были врачи. Определите, служит ли болезнь какой-то дополнительной цели в жизни пациента («вторичная выгода»).

26 Глава 2 IV

Прошлое пациента: Рождение и младенчество

В той степени, в которой это известно пациенту, определите, как проходила беременность и роды у его матери, была ли это запланированная или

	нежелательная беременность, чем характеризовались ранние этапы развития пациента: как он учился стоять, ходить, разговаривать, как проявлялся его темперамент.
Детство	Привычки в еде, приучение к пользованию туалетом, тип личности (робкий, непоседливый), общее поведение, взаимоотношения с родителями или воспитателями, со сверстниками. Разлука с близкими, кошмарные сновидения, энурез, страхи.
Подростковый возраст	Взаимоотношения со сверстниками и представителями власти, учёба в школе, эмоциональные проблемы, использование наркотиков, возраст полового созревания.
Взрослая жизнь	Работа, выбор карьеры, супружеские взаимоотношения, дети, образование, военная служба, вероисповедание.
Сексуальное развитие.	Половое созревание, мастурбация, аноргазмия, импотенция, преждевременная эякуляция, парафилии, ориентация, общие ощущения.
Семья.	«Есть ли сейчас или были в прошлом какие-то проблемы, связанные с вашей половой жизнью?»; «Каким образом вы узнали о сексе?»
Психические/соматические наследственные заболевания	Спросите о болезнях в семье
Пациент (медикаментозное лечение, эффективное для членов семьи)	и пациента (медикаментозное лечение, эффективное для членов семьи)
возраст и профессия родителей; если умерли, дата и причина смерти. Отношение к жилищным условиям; «Была ли каждому члену семьи, у вас своя комната?»	финансовые взаимоотношения.
Темы	Вопросы
Внешний вид. Обратите внимание на наружность, походку, одежду, внешний вид (опрятный или неряшливый), позу, жесты, выражение лица, на то, моложе или старше своих лет выглядит пациент.	Представьте и предложите пациенту сесть. В больнице — придвиньте свой стул к кровати, не садитесь на кровать. Комментарий. Неряшливый вид при органическом или неорганическом расстройстве, резко суженные зрачки при злоупотреблении наркотиками, сутулая осанка при депрессии.

IV. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

Информация о психическом состоянии больного представляет собой итог наблюдений и впечатлений психиатра на данный момент. Оно также служит для дальнейшего сравнения при постепенном улучшении здоровья пациента.

Моторное поведение. Уровень Вы можете спросить об активности— психомоторное очевидном факте, например' «Я возбуждение или психомотор- вижу, что у вас дрожат руки; вы ная заторможенность: тики, можете сказать мне — почему?» тремор, автоматизм, Комментарий. Неподвижная манерность, гримасничанье, поза, странное поведение при стереотипии, негативизм, шизофрении, гиперактивное — апраксия, эхопраксия, восковая при злоупотреблении гибкость; эмоциональные возбуждающими средствами состояние — беспокойное, (кокаином) и при маниакальном напряжённое, паническое, синдроме, психомоторная смущённое, печальное, заторможенность во время безрадостное; голос — слабый, депрессии, тремор при громкий, хриплый; визуальный беспокойстве. Визуальный контакт. контакт обычно поддерживается в течение половины беседы.

Отношение к собеседованию. Делайте замечания об Как пациент относится к тому, отношении пациента к беседе: кто беседует с ним, — «Кажется, вы чем-то раздражён, агрессивен, рассержены?» Комментарий. старается вызвать к себе Подозрительность при парасимпатию, сдержан, занимает нойе, стремление понравиться оборонительную позицию, при истерии, апатичность при апатичен, охотно идёт на соматическом заболевании или контакт, саркастичен. деменции.

Настроение. Устойчивое «Как вы себя чувствуете?»; эмоциональное состояние — «Как ваше настроение?»; «Вам мрачное, напряжённое, кажется, что жизнь не стоит безысходное, восторженное, того, чтобы жить, или вы хотите возмущённое, счастливое, не- навредить себе?»; «Есть ли у уверенное, печальное, вас планы свести счёты с отмеченное ликованием, жизнью?»; «Вы хотите эйфорией, угнетением, апатией, умереть?» Комментарий напыщенностью, ангедонией, Суицидальные мысли возникают у 25% больных билистическое. депрессией, эйфория — при маниакальном синдроме.

Эмоциональная реакция. Наблюдайте за невербальными Эмоциональный тонус, признаками эмоционального связанный с какой-либо идеей, состояния, телодвижениями, — лабильный, сниженный, выражением лица, речевым соответствующий содержанию, ритмом (рифмованная речь). не соответствующий Комментарий. Изменения в содержанию, ровный, *la belle* эмоциональном состоянии *indifference* («прекрасное равно- обычны при шизофрении: душие»). утрата речевого ритма при органическом или неорганическом расстройстве, при кататонии.

Речь. Медленная, быстрая, Попросите пациента затруднённая, непрерывная, произнести скороговорку для спонтанная, бедная, с проверки на дизартрию. заиканием или бормотанием, Комментарий. У пациентов с отрывистая. Высота, артикуля- маниакальным синдромом ция, наличие афазии, напористая речь, обеднение

копролалии, эхολалии, речевого речи во время депрессии; недерхания. Бессвязность, неровная или неразборчивая недостаточность речи, речь при органическом вычурная речь заболевании.

Нарушения восприятия. «У вас бывают видения и Галлюцинации обонятельные, слышатся ли вам голоса?»; «У слуховые, осязательные (так- вас бывают странные тильные), вкусовые, эмоциональные состояния, зрительные; эмоциональные когда вы засыпаете или ощущения при засыпании или просыпаетесь?»; «Вам кажется, во время пробуждения; что мир изменился для вас?» ощущение нереальности, *deja* Комментарий. Зрительные *vu* (уже виденное), *deja entendu* галлюцинации могут указывать (уже слышанное), макросия. на шизофрению, тактильные галлюцинации — на кокаиноманию, алкогольный делирий.

Психиатрическое обследование: история болезни... 29

Кратковременная

«Где вы были вчера?»; «Что вы ели в последний раз?» При органическом заболевании головного мозга амнезия также обычно предшествует потере памяти на давние события.

Непосредственная
(оперативная)

Попросите пациента повторить 6 чисел в обычном и обратном порядке (нормальное реагирование). Попросите пациента назвать 3 не связанных друг с другом предмета; проверьте пациента через 5 мин. Комментарий. Потеря памяти происходит при расстройстве органической природы, диссоциативном, конверсионном расстройстве. Тревога может ухудшить непосредственную ретенцию и кратковременную память. Антероградная утрата памяти возникает после приёма некоторых лекарственных средств, например бензодиазепинов.

Способность концентрировать
внимание и считать.
Способность к вниманию,
повышенная отвлекаемость,
способность выполнять
простейшие вычисления.

Попросите пациента быстро сосчитать от 1 до 20, выполнить простые арифметические упражнения (2х3, 4х9), последовательно вычитать 7 из 100. «Сколько пятицентовых монет содержится в 1 долларе 35центах?» Советы. Исключите органическую причину тревоги или депрессии (псевдодеменция).

Интеллектуальный уровень и информированность. Словарный запас, уровень образования, запас знаний.

«Назовите расстояние от Нью-Йорка до Лос-Анджелеса»; «Назовите несколько овощей»; «Какая самая крупная река в Соединённых Штатах?» Советы. Проверьте уровень образования, чтобы адекватно судить о результатах. Исключите

олигофрению, пограничную интеллектуальную недостаточность.

Мышление, способность к умозаключениям. Способность найти на улице запечатанный, понять связь между фактами проштампованный конверт, на и делать соответствующие выводы, реагирование в тех или иных социальных условиях.

Комментарий. Нарушенная способность к умозаключениям при органическом поражении мозга, шизофрении, пограничной интеллектуальной недостаточности, интоксикации.

Адекватная самооценка. «Как вы думаете, вы больны?»; Понимание пациентом того, что «Вам нужно лечение?»; «Какие у него есть физические или у вас планы на будущее?» психические нарушения; Комментарий. Сниженный отрицание наличия уровня самооценки при заболевании, приписывание делириозном синдроме, вины внешним факторам; деменции, лобном синдроме, понимание необходимости психозе, пограничной интеллектуальной недостаточности.

30 Глава 2 V

V. СОМАТИЧЕСКОЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Некоторые психические расстройства могут быть вызваны соматическими заболеваниями, например вторичная депрессия при менингите. В таких ситуациях может быть рекомендовано соматическое или неврологическое обследование [см. главу 27, где приведены лабораторные тесты, используемые в психиатрии, например МРТ (магнитно-резонансная томография)].

VI. ЗАПИСЬ ВЫВОДОВ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ И ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

К концу обследования вы должны определить: 1) наличие или отсутствие психоза; 2) возможные органические или неорганические расстройства; 3) одержим ли пациент мыслями об убийстве или самоубийстве (в дополнении к диагнозу).

Письменно фиксируйте каждый случай заболевания на оси, представляющей собой категорию информации. В DSM-IV существует 5 осей. Записывайте свои оценки и заметки на каждой из них.

Ось I. Психические расстройства — укажите психическое расстройство, например шизофрения, биполярное расстройство. Прочие состояния, которые могут иметь клиническое значение (кроме пограничной интеллектуальной недостаточности), также должны быть указаны на оси I. (Эти состояния не настолько серьёзны, чтобы ставить диагноз психического заболевания, например проблемы взаимоотношений, тяжёлая утрата.)

Таблица 2-3 Шкала общей оценки жизнедеятельности (GAF)

Проведите оценку психического, социального и трудового статуса по шкале предполагаемых психических заболеваний. Исключайте нарушения в деятельности, обусловленные физическими (или связанными с окружающей средой) ограничениями.

Код (Примечание. При необходимости используйте промежуточные коды, например 45, 68, 72.)

100-91 Превосходные способности во многих видах деятельности, жизненные проблемы никогда не выходят из-под контроля, из-за многочисленных положительных качеств к таким людям тянутся другие. Никаких симптомов.

90-81 Симптомы отсутствуют либо минимальны (например, лёгкое беспокойство перед экзаменом), хорошие успехи во всех областях,

заинтересованность многими видами деятельности и вовлечённость в них, социальная полезность, удовлетворённость жизнью; проблемы и беспокойства не сложнее повседневных (например, случайная ссора с членами семьи).

80-71 Если симптомы и есть, то они преходящи и представляют собой ожидаемую реакцию на психологический стресс (например, сложно сосредоточиться после семейной ссоры), не более чем лёгкое нарушение в социальной, трудовой деятельности или в учёбе (например, временное отставание в учёбе).

70-61 Слабо выраженная симптоматика (например, подавленное настроение и лёгкая инсомния) или некоторые трудности в социальной, трудовой деятельности или в учёбе (например, редкие прогулы школьных занятий, кражи из своего дома), но общая деятельность не нарушена, есть значимые межличностные контакты.

Психиатрическое обследование- история болезни... 31

Таблица 2-3. Окончание

60-51 Умеренно выраженная симптоматика (например, эмоциональная притуплённость, обстоятельная речь, редкие панические эпизоды) или трудности средней тяжести в социальной, трудовой деятельности или в учёбе (например, мало друзей, конфликты со сверстниками или сослуживцами).

50-41 Выраженная симптоматика (например, суицидальные мысли, навязчивые ритуалы, частое магазинное воровство) или серьёзные нарушения в социальной, профессиональной деятельности или в учёбе (например, отсутствие друзей, неспособность удержаться на работе).

40-31 Некоторые расстройства восприятия или общения (например, речь иногда нелогична, непонятна или бессвязна) или значительные нарушения деятельности в некоторых сферах жизни, например на работе или в учёбе, в семейных отношениях, в способности к рассуждению, в мышлении или в настроении (например, человек в состоянии депрессии избегает детей, пренебрегает семьёй и не может работать, ребенок часто бьет младших, вызывая себе ведёт себя дома и отстаёт в учёбе).

30-21 На поведение в значительной степени влияют бред и галлюцинации или имеются серьёзные нарушения в общении или способности к умозаключениям (например, иногда непоследовательное поведение, грубое, не соответствующее обстановке, одержимость мыслями о самоубийстве) или неспособность к деятельности почти во всех сферах жизни (например, пациент весь день лежит в постели, не имеет работы, дома или друзей)

20-11 Некоторая опасность причинить вред себе или другим (например, попытки самоубийства без осознанного желания умереть, периодическая ярость, маниакальное возбуждение) или периодическое несоблюдение элементарной личной гигиены (например, пачкается испражнениями) или значительные нарушения в общении (например, несвязная речь или мутизм).

10-1 Устойчивая опасность причинения серьёзного вреда себе или другим (например, неоднократные случаи насилия), или устойчивая неспособность соблюдать элементарную личную гигиену, или суицидальные действия с настойчивым желанием умереть.

0 Недостаточная информация

Ось II. Расстройства личности и умственная отсталость — укажите умственную отсталость и расстройства личности. Диагнозы на оси I и II могут сосуществовать. Причина, по которой пациент находится у психиатра или в больнице, указанная на оси I или II, называется основным диагнозом.

Ось III. Соматические или неврологические заболевания — укажите соматическое расстройство (например, цирроз), имеющееся у пациента.

Ось IV Психосоциальные проблемы и проблемы, связанные со средой проживания, — опишите актуальный в настоящее время стресс в жизни пациента: развод, обиду, смерть любимого человека.

Ось V. Общая оценка жизнедеятельности (GAF) — оцените психический,

социальный и трудовой статус пациента согласно табл. 2-3 (шкала GAF). В качестве точки отсчёта используйте состояние пациента за последние 12 мес. Оценка производится по 100-балльной системе от 1 (самая низкая) до 100 (самая высокая) либо используется 0 (недостаточная информация). Примерный диагноз с использованием DSM-IV выглядит следующим образом:

Ось I. Кататоническая шизофрения.

Ось II. Пограничное расстройство личности.

32 Глава 2 VI

Ось III. Гипертензия.

Ось IV. Психосоциальная проблема: смерть матери.

Ось V. Текущая общая оценка жизнедеятельности: 30 (деменция, влияющая на поведение).

В табл. 2-4 представлена многоосевая форма оценки психического состояния DSM-IV. Она полезна как образец записи диагноза. В табл. 2-5 показано, как записывать диагноз, не используя осевой формат. После того, как диагноз поставлен, необходимо отразить следующие аспекты.

1. Психодинамическая формулировка — определите защитные механизмы, которые используются для контроля за тревогой, и суммируйте психологические факторы, которые ответственны за болезнь. В табл. 2-6 приведены словарь защитных механизмов и способы психологической защиты.

2. Дифференциальный диагноз — перечислите другие психические и соматические заболевания, которые следует исключить.

3. Прогноз — опишите течение болезни и её предполагаемый исход, основываясь на истории болезни, психическом состоянии, благоприятных или неблагоприятных прогностических признаках.

4. План лечения — опишите способ лечения, например психотерапию, лекарственную терапию, изменение поведения, госпитализацию, беседу с психологом, социальным работником, консультантом по профориентации. Оцените желание пациента сотрудничать, ответственность, рассудительность, интуицию, интеллект и их влияние на лечение.

Таблица 2-4. Форма протокола многоосевой оценки

Предлагается следующая форма как одна из возможностей для составления протокола многоосевой оценки. Ось I. Психические расстройства Прочие состояния, которые могут иметь клиническое значение

Диагностический код	Название по DSM-IV
---------------------	--------------------

Ось II. Расстройства личности Умственная отсталость

Диагностический код	Название по DSM-IV
---------------------	--------------------

Ось III. Соматические или неврологические заболевания

Код по ICD-9-CM	Название по ICD-9-CM
-----------------	----------------------

Ось IV. Психосоциальные проблемы и проблемы, связанные с средой проживания

Проверьте на:

П Проблемы с ближайшим окружением (семейные проблемы)

Уточните, какие _____

Психиатрическое обследование: история болезни... 33

Таблица 2-4. Окончание

П Проблемы, связанные с социальной средой

Уточните, какие _____

D Проблемы, связанные с образованием

Уточните, какие _____

D Проблемы, связанные с трудовой деятельностью

Уточните, какие _____

D Жилищные проблемы Уточните, какие _____

D Материальные проблемы Уточните, какие _____

D Проблемы, связанные с доступностью медицинской помощи

Уточните, какие _____

D Проблемы взаимоотношений с правоохранительной системой/криминальные проблемы

Уточните, какие _____

D Другие психосоциальные и связанные со средой проживания проблемы

Уточните, какие _____

Ось	V.	Общая	оценка	жизнедеятельности	Счёт:
Временные рамки: _____					

Таблица 2-5. Неосевой формат

Клиницисты, которые не пользуются многоосевым форматом, могут просто перечислить диагнозы соответствующих заболеваний. Для тех, кто выбрал этот формат, существует общее правило — указывать как можно больше психических расстройств, соматических заболеваний и прочих факторов, связанных с лечением больного. Основной диагноз или причина визита к врачу должны быть указаны в первую очередь. В приведенных ниже примерах протокол диагноза составлен в неосевом формате. Пример 1

Большое депрессивное расстройство, единичный эпизод, без психотических симптомов

Злоупотребление алкоголем

Расстройство личности в виде зависимости

Частое использование отрицания Пример 2

Дистимическое расстройство

Расстройство чтения

Средний отит, рецидивирующий Пример 3

Расстройство настроения, вызванное гипотиреозом, с депрессивными симптомами

Гипотиреоз

Хроническая закрытоугольная глаукома

Демонстративные особенности личности Пример 4

Проблемы супружеских взаимоотношений

2-4950

34 Глава 2 VII

VII. ДЕФИНИЦИИ (ОПРЕДЕЛЕНИЯ) ПРИЗНАКОВ И СИМПТОМОВ, ОБНАРУЖЕННЫХ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Абстракция. Способность отделять свойства от объекта и мыслить символами, например лодка — это нечто конкретное, плывёт — абстрактное; абстракция нарушается при различных дисфункциях головного мозга, шизофрении.

Абулия. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность, бездеятельность.

Автоматизм. Состояние, при котором человек совершает действия, не осознавая, что это именно он делает.

Агрессивность. Чувство враждебности или злобность, мысли или действия по отношению к какому-либо объекту или человеку; наблюдается при маниакальном синдроме, расстройствах контроля над побуждениями, например при перемежающемся эксплозивном расстройстве.

Адекватная самооценка. Осознание объективной реальности происшедшего и собственного психического нездоровья.

Ажитация. Напряжённое состояние, при котором тревога проявляется в психомоторной сфере в виде гиперактивности, волнения, смятения; наблюдается при депрессии, шизофрении, маниакальном синдроме.

Амбивалентность. Одновременное существование двух антагонистических поступков или чувств, например любовь и ненависть к одному и тому же человеку; один из 4 основных симптомов шизофрении по Блейлеру.

Амнезия. Нарушение памяти, проявляющееся в полной или частичной неспособности вспомнить прошедшие события; наблюдается при различных дисфункциях головного мозга, диссоциативных расстройствах, например при диссоциативной фуге.

Амнезия антероградная. Утрата памяти на события, следующие непосредственно за началом болезни; возникает после травмы, употребления психоактивного вещества, преходящего нарушения мозгового кровообращения.

Амнезия локальная, лакунарная, частичная. Утрата памяти на отдельные события, неполная утрата памяти; наблюдается при повреждениях головного мозга, в состоянии тревоги, при диссоциативных состояниях.

Амнезия ретроградная. Утрата памяти на прошлые, отдалённые события, потеря долговременной памяти; возникает при деменции.

Ангедония. Неспособность испытывать удовольствие от определённых действий, обычно доставляющих удовольствие; характерный симптом депрессии.

Апатия. Безразличие к себе, окружающим и событиям, отсутствие желаний, побуждений, бездеятельность; сопутствует депрессии.

Ассоциация, вызванная звуком. Наделение звуков неким смыслом независимо от их происхождения; обычный симптом мании.

Астения. Состояние повышенной утомляемости, слабости, возникающее как при повышенной нагрузке, так и вне связи с ней.

Атаксия. Нарушения мышечной координации при выполнении произвольных движений; наблюдается при церебральных поражениях, поздней дискинезии.

Аутистическое мышление. Форма субъективного мышления с полным игнорированием реальности; один из основных симптомов шизофрении по Блейлеру.

Психиатрическое обследование. история болезни... 35

Афазия. Ухудшение или утрата способности говорить или воспринимать речь при сохранности органов речи и слуха; обусловлена дисфункцией мозговых центров в доминирующем полушарии головного мозга.

Аффект. Субъективное эмоциональное переживание, которое сопровождает какую-то идею или представление; объективное поведение можно описать как заторможенное (крайне скованное), рассеянное, скованное, соответствующее (гармоническое), несоответствующее (негармоническое) и лабильное (неустойчивое); аффективные нарушения — один из основных симптомов шизофрении по Блейлеру.

Аффективная лабильность. Повышенная эмоциональная реактивность, частая смена настроения в зависимости от ситуаций.

Бедность речи. Ограниченное использование речи; наблюдается при аутизме, кататонической шизофрении, выраженном депрессивном расстройстве.

Бред. Ложное, противоречащее действительности, не разделяемое другими, но устойчивое убеждение; наиболее частый симптом шизофрении.

Бред величия. Грандиозное преувеличение собственной значимости, т.е. мегаломания; подобные идеи относятся к экспансивному бреду; наблюдается при шизофрении, маниакальном синдроме, третичном сифилисе; разновидность этого бреда — любовный бред (эротический бред, эротомания Клерамбо), при котором больному (обычно это женщина) кажется, что кто-то из высшего света влюблён в него.

Бред индуцированный. Бредовые идеи-, передаваемое одним человеком (индуктором) другим путём внушения; синоним — folie a deux (бред вдвоем).

Бред преследования (параноидный бред). Систематизированный бред преследования с чрезмерной и необоснованной подозрительностью и недоверием к другим; наблюдается при параноидной шизофрении.

Бред ревности. Ложная убеждённость в неверности мужа или жены; проявляется, например, при любовной паранойе.

Бред соматический. Ложная убеждённость пациента в наличии у него заболеваний или повреждений органов или частей тела.

Вербигерация. Ритмичное, монотонное повторение бессмысленных слов и выражений.

Вкладывание мыслей. Бред вкладывания мыслей в сознание внешними силами; один из симптомов первого ранга по Шнейдеру; наблюдается при шизофрении.

Восторг. Утрированное ощущение благополучия; наблюдается при маниакальном синдроме.

Вычурная речь. Формальная, нарочитая манера разговаривать.

Галлюцинации. Чувственное восприятие без реального объекта; наблюдается при шизофрении, интоксикационных психозах.

Галлюцинации вкусовые. Связаны со вкусом.

Галлюцинации гипнагогические. Возникают при пробуждении.

Галлюцинации зрительные. Связаны со зрением.

Галлюцинации лилипутные. Тот или иной предмет кажется меньше, чем он есть на самом деле; синоним — микроптические галлюцинации; наблюдаются при интоксикационных психозах.

Галлюцинации осязательные. Связаны с ощущением прикосновения; наблюдаются при алкогольном делирии, кокаиномании.

Галлюцинации слуховые. Связаны со слухом; чаще всего наблюдаются при шизофрении.

Гиперестезия. Повышенная восприимчивость к обычным внешним раздражителям, нейтральным для человека в нормальном состоянии.

36 Глава 2 VII

Гиперметаморфоз. Непроизвольная непрерывная отвлекаемость на не замечаемые в обычном состоянии предметы и явления.

Гипермнезия. Обострённая память; способность вспоминать информацию, которую, как правило, трудно запомнить.

Гинестезия. Понижение восприимчивости к внешним раздражителям.

Дезориентировка. Утрата понимания своего места в пространстве, времени или среди других людей; состояние спутанности сознания.

Деперсонализация. Ощущение утраты себя как целого и необычности, странности или нереальности происходящего; составная часть диссоциативных расстройств.

Депрессия. Подавленное настроение, чувство печали, пессимизма и одиночества; составная часть большого депрессивного расстройства и других расстройств настроения.

Дереализация. Ощущение изменившейся реальности; окружающая среда кажется странной или нереальной; обычный симптом тревожных и диссоциативных расстройств.

Дизартрия. Затруднённость речи, обусловленная дискоординацией речевого аппарата.

Дискинезия. Любое расстройство моторной деятельности.

Дисфория. Угрюмое, ворчливо-раздражительное, злобное и мрачное настроение с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, ожесточенностью и взрывчатостью.

Идеи величия. Ощущение необыкновенной самозначимости, абсурдное преувеличение; наблюдается при маниакальном синдроме, шизофрении.

Идеи нереальности. Мысли о том, что происходящие события искусственны, иллюзорны, непредсказуемы либо не существуют; наблюдаются при шизофрении, тревожных, диссоциативных расстройствах.

Идеи отношения. Неверное толкование пациентом случайных происшествий и внешних событий как имеющих прямое к нему отношение; могут стать достаточно выраженными и перейти в бред.

Иллюзия. Ошибочное восприятие сенсорных раздражителей; наблюдается при шизофрении, при интоксикационных психозах.

Инкогеренция. Высшая степень бессвязности мышления.

Интоксикация. Состояние, вызванное присутствием в организме химического вещества, вызывающего дезадаптивное поведение из-за воздействия на ЦНС.

Ипохондрия. Чрезмерное беспокойство о функциях организма и болезненное внимание к нему, преувеличение любого симптома.

Каталепсия. Застывание тела или конечностей в каком-либо положении; синоним — восковая гибкость; наблюдается при кататонической шизофрении.

Катаплексия. Временный паралич или неподвижность и коллапс, вызванные сильными эмоциями; составная часть нарколепсии.

Кататония. Тип шизофрении, характеризующийся мышечной ригидностью, негативизмом, возбуждением и ступором.

Кататоническая ригидность. Неподвижная поза и стереотипное поведение.

Кататоническое возбуждение. Типична ажитация, импульсивность и агрессивное поведение.

Кома. Глубокое угнетение функций ЦНС, при котором сознание полностью отключается, всякая произвольная деятельность прекращается; имеет органическую основу.

Компульсивность. Неконтролируемое побуждение совершить неразумный поступок; наблюдается при расстройстве контроля над побуждениями и при обсессивно-компульсивном расстройстве.

Психиатрическое обследование: история болезни... 37

Конфабуляция. Вымышленные психически больным события, принимающие форму воспоминаний.

Конфликт. Психическая борьба, возникающая из-за одновременного влияния двух противоположных побуждений, влечений, внешних (связанных со средой проживания) или внутренних требований; конфликт называют интрапсихическим, если он происходит в результате борьбы сил внутри личности, экстрапсихическим, когда конфликт происходит между личностью и средой её проживания.

Копролалия. Импульсивное произнесение неприличных слов; наблюдается при синдроме дела Туретта.

Коэффициент интеллектуального развития (IQ). Количественный показатель, определяемый отношением оценки умственного развития субъекта (МА) к хронологическому возрасту (СА), установленный посредством тестирования; выражается математически как: $IQ = (МА/СА) \times 100$.

Криптомнезия. Искажение памяти, выражающееся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными.

Логорея. Неконтролируемый, непрерывный поток речи; наблюдается при маниакальном синдроме, при шизофрении.

Магическое мышление. Убежденность в том, что мысли и действия — это одно и то же; характеризуется утратой реалистического отношения к причине и следствию; проявляется в сновидениях, у детей, у примитивных личностей и у психически больных.

Макропсия. Кажущееся увеличение предметов на расстоянии; наблюдается при наркотическом опьянении.

Манерность. Жесты или другая форма выражения, странные для данного человека; наблюдается при шизофрении.

Мания. Повышенное радостное настроение с усилением влечений и неутолимой деятельностью, ускорением мышления и речи, чувством оптимизма, выносливости, силы, когда все воспринимается в розовом свете.

Ментизм. Непроизвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, «вихрь идей»; синоним — наплыв мыслей.

Метаморфопсия. Искажение величины или формы воспринимаемых предметов и пространства.

Мутизм. Неспособность разговаривать; характерный симптом кататонической шизофрении, диссоциативных состояний.

Наплыв мыслей. Лёгкий переход с одной темы обсуждения на другую; темы иногда могут вести за собой; синоним — ментизм; составная часть

маниакального эпизода.

Настроение. Эмоциональное состояние; внутренние переживания личности. Адекватность настроению: в гармонии с настроением; идеи, согласующиеся с настроением; характерна для биполярного расстройства. Неадекватность настроению: не соответствующий настроению; идеи, не гармонирующие с настроением; характерна для шизофрении.

Негативизм. Противодействие (скрытое или явное) предложениям или советам; может наблюдаться при шизофрении.

Неологизмы. Образование новых слов, которые обычно представляют собой слияние двух слов или частей слов; встречаются у больных шизофренией.

Нигилизм. Ощущение небытия и безнадёжности; может предполагать элементы бреда; наблюдается при депрессии.

38 Глава 2 VII

Обсессия. Идея, чувство или побуждение, которое периодически и упорно вторгается в сознание, несмотря на свою нежелательность; составная часть обсессивно-компульсивного расстройства; навязчивое состояние, навязчивость.

Обстоятельность мышления. Наличие в мыслях и речи множества несущественных деталей, которые хотя и относятся к предмету обсуждения, но в итоге приводят к задержке ответа; наблюдается при эпилепсии, шизофрении, обсессивно-компульсивном расстройстве.

Ориентировка. Осознание своего положения во времени, пространстве или среди окружающих людей; может быть утрачена при дисфункции головного мозга, делириозном синдроме.

Память долговременная (длительная). Относится к событиям далёкого прошлого.

Память кратковременная. Относится к событиям, происшедшим за последние несколько дней.

Память непосредственная. Относится к немедленному сохранению информации, т.е. событий, происшедших за последние несколько мгновений; синоним — оперативная память.

Паника. Внезапное неодолимое чувство тревоги, вызывающее ужас и физиологические нарушения.

Патологически повышенная отвлекаемость. Состояние, при котором пациент легко переходит с одного предмета деятельности или разговора на другой в соответствии с внутренними и внешними побуждениями; наблюдается при маниакальном синдроме.

Передача мыслей на расстоянии. Бред передачи мыслей на расстоянии; один из симптомов первого ранга по Шнейдеру; наблюдается при шизофрении.

Перерыв в мыслях. Внезапная остановка в течении мысли или внезапная остановка речи; или обрыв мысли; характерный симптом шизофрении.

Персеверация. Непроизвольное непрерывное повторение ответа на вопрос или повторение одной и той же фразы, не имеющей отношения к вопросу; наблюдается при шизофрении, например персеверативная речь.

Познание. Процесс, включающий в себя восприятие, узнавание, осмысление, мотивацию и представление; ухудшенная способность к познанию при дисфункции головного мозга, умственной отсталости, когнитивных расстройствах.

Помрачение сознания. Ухудшение ориентации, восприятия и внимания; наблюдается при дисфункциях головного мозга.

«Прекрасное равнодушие» (*la belle indifference*). В буквальном смысле состояние некоторых пациентов с конверсионными расстройствами, выражающих неадекватное безразличие к своему заболеванию.

Психомоторная заторможенность. Замедленная психическая или двигательная активность или их сочетание; наблюдается при депрессии, при кататонической шизофрении. Может возникать и противоположное этому

состояние, т.е. психомоторное возбуждение.

Расстройство мышления. Нарушение содержания и последовательности мыслей, проявляющееся в речи и общении, например бредовые состояния, идеи отношения; бедность мышления, наплыв мыслей, персеверация, разорванность мышления; может быть вызвано функциональным психическим расстройством или соматически обусловлено; характерно для шизофрении.

Рассудительность. Способность осознавать истинную связь идей, делать правильные выводы из жизненного опыта; нарушена при шизофрении, дисфункции головного мозга.

Психиатрическое обследование: история болезни... 39

Растерянность (аффект недоумения). Мучительное непонимание больным ситуации и своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое; характерна для острого психотического состояния.

Сверхценные идеи. Суждения, возникшие в результате реальных обстоятельств, но занявшие в дальнейшем не соответствующее их значению преобладающее положение в сознании с развитием чрезмерного эмоционального напряжения.

Сенестопатии. Разнообразные! крайне неприятные, мучительные, тягостные ощущения без соматических причин, доступных определению современными методами.

Сознание. Совокупность психических процессов, позволяющих человеку ориентироваться в окружающем мире, времени, собственной личности; нарушается при дисфункции головного мозга, делириозном синдроме, диссоциативной фуге и других диссоциативных состояниях.

Спутанность сознания. Помрачение сознания с нарушением ориентации во времени, пространстве, собственной личности.

Стереотипия. Постоянное, почти механическое повторение какого-либо действия; характерный симптом шизофрении.

Страх. Отрицательная эмоция с чувством внутренней напряжённости, опасности для жизни, с ожиданием устрашающих событий, действий и т.п. (следует отличать от тревоги).

Ступор. Состояние обездвиженности, при котором больной не реагирует на окружающую обстановку (при кататоническом ступоре в рамках шизофрении отсутствие восприятия окружающего мира скорее мнимое, чем действительное); обусловлен неврологическими либо психическими расстройствами.

Тик. Внезапное произвольное стереотипное клоническое подёргивание мышц.

Тревога. Отрицательная эмоция; аффект ожидания неприятных событий, опасности; наблюдается при шизофрении, расстройствах настроения.

Уже виденное (deja vu). Ощущение, что всё видимое в данный момент человек уже видел раньше; наблюдается при тревожных расстройствах, утомлении.

Уже слышанное (de'ju entendu) Ощущение, что слышимое в данный момент человек уже слышал раньше; наблюдается при тревожных расстройствах, утомлении.

Фиксированная идея (idee fixe). Преобладающая в сознании идея; описывается в рамках навязчивостей, неконтролируемых побуждений, бреда.

Фобия. Навязчивый страх, связанный с тревогой; составная часть специфических и социальных фобий.

Шизофазия. Смешение" бессмысленных и бессвязных слов и выражений; обычно наблюдается при шизофрении.

Эйфория. Повышенное благодушное настроение с чувством полного благополучия; наблюдается при дисфункциях головного мозга, приёме психоактивных веществ и других состояниях.

Экзальтация. Повышенное настроение с чувством триумфа, глубокого самоудовлетворения, оптимизма и с оттенком восторженности.

Экстаз. Высшая степень экзальтации; транс, вызванный переполняющими человека эмоциями, например религиозный экстаз.

Эхолалия. Непроизвольное повторение услышанных слов и фраз; наблюдается при кататонической шизофрении.

Эхопраксия. Непроизвольное повторение увиденных жестов и действий; наблюдается при кататонической шизофрении.

40 Глава 2 VII

Таблица 2-6. Словарь специфических защитных механизмов и способов психологической адаптации

Альтруизм — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством удовлетворения нужд других людей. В отличие от самопожертвования, которое иногда бывает разновидностью реакции, альтруизм характеризуется радостью от бескорыстной заботы о благе других и от положительной реакции с их стороны.

Аннулирование — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством слов или поведения, направленных на отрицание или изменение (в символической форме) неприемлемых мыслей, чувств или действий.

Аутистическая фантазия — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством чрезмерного фантазирования, которое служит заменой нормальных межличностных взаимоотношений.

Всесильность — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством таких чувств или действий, которые обычно свидетельствуют об особой силе, способностях и превосходстве над другими.

Деятельность — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством действий, а не размышлений или эмоций. Это определение более широкое, чем первоначальная концепция действий согласно переносу чувств и желаний при проведении психотерапии, и включает в себя поведение внутри и вне перенесённых отношений. Защитное поведение и «плохое поведение» не синонимы, потому что в последнем случае требуются доказательства того, что поведение связано с эмоциональными конфликтами.

Диссоциация — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством утраты обычной интегративной функции сознания, памяти, восприятия себя и окружающего мира или моторного/сенсорного поведения.

Жалобы с отказом от помощи — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством жалоб и постоянного требования помощи, маскирующего скрытое чувство враждебности и упрёка по отношению к другим, которое затем проявляется в отказе от предложенного совета или помощи. В жалобах могут отражаться психологические и жизненные проблемы.

Идеализация — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством преувеличения положительных качеств у других.

Интеллектуализация — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством чрезмерного использования абстрактного мышления и обобщений для контроля за тревожными ощущениями или сведения их до минимума.

Катарсис — освобождение от эмоционального напряжения или тревоги посредством контролируемых психоаналитиком эмоциональных переживаний каких-либо событий, особенно тех, которые были вытеснены сознанием из памяти, но сохранены в подсознании. Освобождение такого ущемлённого

аффекта с помощью психоанализа и осознание вытесненных переживаний способствует лечению невроза.

Обесценивание — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством преувеличения своих или чужих отрицательных качеств.

Ожидание — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством переживания эмоциональных реакций или предвосхищения последствий возможных событий будущего и обдумывания реалистических альтернативных откликов и решений.

Психиатрическое обследование: история болезни... 41

Таблица 2-4. Продолжение

Отрицание — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством отказа принять связанные со страданием события внешнего мира или субъективные переживания, которые были бы очевидны для других. Термин «психотическое отрицание» используется, когда есть значительная утрата чувства реальности. Пассивная агрессия — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством не прямой и неярко выраженной агрессии по отношению к другим. Внешне это проявляется согласием, за которым скрывается тайное сопротивление, чувство обиды или враждебность. Пассивная агрессия часто возникает в ответ на требования самостоятельных действий, отсутствие удовлетворения подавленных желаний, но она может быть адаптивной для тех, кто занимает подчинённое положение и не имеет другого способа выразить свою самоуверенность более открыто.

Перемещение — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством переноса чувства к какому-либо объекту или реакции на него на другой объект (обычно менее угрожающий).

Перенос (проекция) — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством ложного приписывания другим своих побуждений или мыслей.

Перенос идентификации — как и в простом переносе, способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами происходит за счёт ошибочного приписывания другим своих неприемлемых чувств, побуждений или мыслей. Но в отличие от простого переноса тот, кто это делает, полностью не отрицает того, что переносится. Вместо этого он сознаёт свои собственные аффекты и побуждения, но ложно приписывает их как оправданную реакцию другому человеку. Нередко он вызывает те же самые чувства у окружающих и в конце концов становится трудно понять, кто начал первым.

Разделение — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами путём разделения противоположных аффективных состояний и отказа адекватно представлять себе положительные и отрицательные качества у себя или у других. Из-за невозможности переживать амбивалентный аффект более устойчивые взгляды и ожидания со стороны себя и других исключены из эмоциональной сферы. Отношение к себе или какому-либо объекту имеет склонность периодически меняться на диаметрально противоположное: исключительная любовь, забота, уважение, доброта, с одной стороны, крайнее отрицание, ненависть, злоба, деструктивность, неприятие или неуважение — с другой.

Рационализация — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством скрытия истинных мотивов своих мыслей, действий или чувств с помощью тщательной выработки успокаивающих и самодостаточных, но неверных объяснений.

Регрессия — переход на инфантильный уровень поведения, реагирования и мышления как способ защиты от психотравмирующего состояния.

Репрессия — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством удаления из сознания неприятных желаний, мыслей или переживаний. Эти ощущения могут быть осознанными, отделёнными от связанных с ними идей.

Самоанализ — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством анализа своих мыслей, ощущений, мотивов, поведения и соответствующего реагирования.

Самоутверждение — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством открытого выражения своих чувств и мыслей без принуждения и манипуляций.

42 Глава 2 VII

Таблица 2-4. Окончание

Соппротивление — противодействие бессознательной охваченности эмоциями.

Сублимация — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством переработки потенциально не адаптируемых чувств и побуждений в социально приемлемое поведение (например, занятия спортом для избавления от агрессивных побуждений).

Трансфер (от лат. *transfere* — переносить, перемещать) — перенос больным на врача неосознаваемых сексуальных переживаний детства; условие, при котором обучение в одной ситуации влияет на приобретение навыков в другой, может быть позитивным и негативным, когда какая-либо привычка мешает правильному поведению. Трансференция — восприятие эмоций или идей одной личности другим человеком.

Участие — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством обращения к другим за помощью или поддержкой. Включает в себя совместное с другими решение своих проблем, но не подразумевает попытку переложить их на чужие плечи.

Ущемление (изоляция) аффекта — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством изоляции идей от чувств, изначально связанных с ними. Несмотря на потерю связи между чувством и идеей (например, несчастным случаем), осознаваемость когнитивных элементов (например, подробностей описания) сохраняется.

Формирование реакций — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством замены своих неприемлемых мыслей и чувств на диаметрально противоположные (это обычно происходит в связи с их подавлением).

Юмор — способность справляться с эмоциональными конфликтами и внутренними или внешними стресс-факторами посредством акцентирования забавных и ироничных сторон конфликта или стрессора.

3

Делирий, деменция,
амнестические и другие
когнитивные расстройства
и психические расстройства,
обусловленные соматическими
и неврологическими заболеваниями

I. ВВЕДЕНИЕ

А. Делирий, деменция, амнестические и другие когнитивные расстройства часто относят к группе органических психических расстройств. Термин «органический» подразумевает дисфункцию головного мозга. В DSM-IV

расстройства, ранее определённые как органические психические расстройства, разделены на 3 основные категории:

1. Делирий, деменция, амнестические и прочие когнитивные расстройства.
2. Психические расстройства, обусловленные повреждением нейронов с последующим нарушением функции головного мозга или возникшие на фоне соматической патологии.

3. Психические расстройства, вызванные психоактивными веществами.

Б. В отечественной психиатрии под экзогенно-органическими поражениями головного мозга понимают этиологически неоднородную группу расстройств, объединяемых:

1. Наличием в анамнезе экзогенного фактора, обуславливающего органическое повреждение головного мозга.

2. Патоморфологическими изменениями ЦНС.

3. Общностью клинических проявлений стержневых психических расстройств в виде психоорганического синдрома.

В. Деление психических расстройств на экзогенно-органические и эндогенно-функциональные исключено из DSM-IV, так как органический субстрат не вызывает сомнения при любой форме психической патологии—неврозах, шизофрении, маниакально-депрессивном психозе (МДП) и др. Разграничение экзогенно-органических и эндогенных психических расстройств носит условный характер, поскольку и при эндогенных расстройствах, как и при экзогенно-органических (амнестические, слабоумие и др.), тоже возможны необратимые психические нарушения. Выделение органических психических расстройств считают условным из-за отсутствия чёткого диагностического критерия; подчеркивается их обусловленность либо подверженность модификации под влиянием других факторов.

В исследовании экзогенно-органических расстройств важную роль сыграла концепция психоорганического синдрома — совокупности психических нарушений, возникающих в результате органического поражения головного мозга. К настоящему времени описаны

43

44 Глава 3 НА

многочисленные его клинические варианты в зависимости от преобладающих признаков, возраста больных, преимущественной локализации поражения ЦНС и других характеристик.

В МКБ-10 деменцию как основу психоорганического синдрома описывают как единственный патологический признак, свойственный экзогенно-органическому поражению.

II. КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

А. Анамнез развития заболевания. Может потребоваться информация от лиц, знающих больного. Необходимы сведения о преморбиде пациента.

Б. Физикальное обследование. Следует полностью осмотреть пациента, уделяя особое внимание неврологическому обследованию.

В. Психический статус. Следует тщательно исследовать когнитивные функции больного, также уделяя внимание оценке внешнего вида, поведения, настроения, аффекта, содержания мыслей и процесса мышления.

Г. Оценка когнитивных функций. Скрининг-тесты, используемые психиатрами, неспецифичны, но информативны при диагностике широкого спектра нарушений. Исследование необходимо провести по стандартной схеме. При выявлении показаний проводят более тщательное исследование когнитивных функций.

Д. Выявление неспецифических симптомов дисфункции головного мозга

1. Когнитивные расстройства, расстройства интеллекта и памяти (замедление мышления, недостаток интеллектуальной гибкости, персеверация, бедность суждений).

2. Изменение личности.
3. Расторможенность влечений (неадекватность или крайнее проявление глубинных черт личности).
4. Бедность речи с уменьшением словарного запаса и использованием клише.
5. Яркие зрительные галлюцинации.
6. Настроение пациента может быть подавленным, тревожным или лабильным, возможна апатия.
7. Поверхностный, или обеднённый, аффект. f. Специальные методы исследования

1. Психометрическая оценка (психологическое тестирование) наиболее чувствительна при органических нарушениях, процедура стандартизирована; при интерпретации могут быть использованы вероятностные критерии; необходимо добиться сотрудничества с больным. Психолога следует информировать, на что необходимо обратить особое внимание.

2. Рентгенография черепа, электроэнцефалография (ЭЭГ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), люмбальная пункция, радиоизотопное сканирование головного мозга и ангиография (по показаниям).

III. ДЕЛИРИЙ

А. Определение. Острое обратимое психическое расстройство, проявляющееся помрачением сознания; как правило, сопровождается эмоциональной лабильностью, галлюцинациями или иллюзиями и неадекватным, импульсивным, нерациональным или агрессивным поведением. Делирий сопровождается нарушением ориентировки в месте и времени, расстройствами сна и ретроградной амнезией периода помрачения сознания (тотальной или парциальной).

Делирий, доменция, амнестические и другие когнитивные расстройства... 45

Таблица 3-1. Диагностические критерии делирия, обусловленного соматическим или неврологическим заболеванием по DSM-IV

А. Нарушение сознания (снижение ясности восприятия окружающей действительности) с пониженной способностью концентрировать, поддерживать и переключать внимание

Б. Когнитивные расстройства (нарушение памяти, дезориентация, расстройство речи) или прогрессирующие расстройства восприятия; расстройства нельзя объяснить уже существующей или начинающейся деменцией

В. Быстрое развитие нарушения (как правило, в течение часов или дней), колебание степени выраженности в течение дня

Г. Данные, полученные на основе изучения анамнеза, физикального обследования и лабораторных методов исследования, свидетельствуют о том, что нарушение имеет прямую связь с соматическим или неврологическим заболеванием

Б. Классификация. Диагноз делирия устанавливают согласно его этиологии: делирий, обусловленный соматическим или неврологическим заболеванием (табл. 3-1); делирий, вызванный психоактивным веществом [интоксикационный делирий (табл. 3-2) и абстинентный делирий]; делирий неуточнённый.

В. Эпидемиология. Делирий возникает приблизительно у 10% стационарных больных, у 20% больных с тяжёлыми ожогами, у 30% больных, находящихся в отделении интенсивной терапии, а также у 30% госпитализированных больных с синдромом приобретённого иммунодефицита (СПИД). Пациенты с делирием или повреждениями головного мозга в анамнезе имеют повышенный риск возникновения делириозного эпизода. Высокую предрасположенность к делирию отмечают у очень молодых или пожилых пациентов.

Г. Этиология. Делирий возникает при многих состояниях, в том числе при инфекционных заболеваниях, лихорадке, нарушениях обмена веществ, болезнях печени или почек, эндокринных дисфункциях, недостаточности витамина В₁₂, интоксикациях психоактивными веществами и синдроме отмены, послеоперационных состояниях, значительной кровопотере, сердечных аритмиях и сердечной недостаточности, гипертензионной энцефалопатии, черепно-мозговой травме, припадках различной этиологии, побочном действии многих лекарственных препаратов, некоторых очаговых поражениях головного мозга (правой теменной доли и медиальной поверхности затылочной доли) и сенсорной депривации, например слепоте, глухоте. Делирий — характерный синдром мозгового инсульта.

Таблица 3-2. Диагностические критерии делирия, обусловленного интоксикацией психоактивными веществами по DSM-IV

А. Нарушение сознания (снижение ясности восприятия окружающей действительности) с пониженной способностью концентрировать, поддерживать и переключать внимание

Б. Когнитивные расстройства (нарушение памяти, дезориентировка, расстройство речи) или прогрессирующие расстройства восприятия; расстройства нельзя объяснить уже существующей или начинающейся деменцией

В. Быстрое развитие нарушений (обычно в течение часов или дней), тенденция к колебаниям в течение дня Г. Данные, полученные на основе изучения анамнеза, физикального обследования и лабораторных методов исследования, позволяют сделать 2 вывода:

1) симптомы критериев А и Б возникли в период интоксикации или действия психоактивного вещества

2) используемое психоактивное вещество этиологически связано с расстройством

46 Глава 3 III Д

Д. Специальные методы исследования. Делирий — неотложное состояние, требующее быстрого выявления причинных факторов. Если причина неясна, необходимо немедленное и полное медицинское обследование. Даже если причина определена, возможно существование множества дополнительных факторов, обуславливающих расстройство. При обследовании необходимо оценить жизненно важные функции, произвести общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы, СОЭ, биохимическое исследование крови, функциональные пробы печени и почек, общий анализ мочи, токсикологическое исследование мочи, ЭКГ, рентгенологическое обследование грудной клетки, КТ головы и спинномозговую пункцию (по показаниям). При ЭЭГ часто обнаруживают диффузное снижение активности или очаговую гиперактивность.

Е. Дифференциальная диагностика

1. Деменция

2. Шизофрения и маниакальное расстройство. Обычно отсутствуют свойственная делирию быстрая смена клинических проявлений, помрачение сознания или выраженные когнитивные расстройства.

3. Диссоциативные расстройства. Возможны кратковременные нарушения памяти, но свойственные делирию глобальные когнитивные расстройства и типичные психомоторные нарушения и расстройства сна отсутствуют.

Таблица 3-3. Клиническая дифференциация делирия и деменции

	Делирий	Деменция
Анамнез	Острое расстройство	Хроническое расстройство
Начало	Острое	Постепенное (в типичных случаях)
Продолжительность	Дни, недели	Месяцы, годы

Течение	Колеблущееся	Хроническое прогрессирующее
Сознание	Часто нарушено	Не нарушено
Ориентировка	Временами нарушена	Изначально не затронута
Аффект	Тревога, раздражительность	Лабильность аффекта, но не всегда тоевого
Мышление	Часто нарушено	1 Ди 1 W^DKJi O, Обеднено
Память	Выраженные нарушения кратковременной памяти	Нарушения кратковременной и долговременной памяти
Восприятие	Характерны галлюцинации (особенно зрительные)	Галлюцинации возникают редко (за исключением синдрома *заката*)
Психомоторное состояние	Заторможенное, ажитированное или смешанное	Нормальное
Сон	Расстройство цикла сон—бодрствование	Цикл сон—бодрствование нарушен в меньшей степени
Внимание и осознание окружающей действительности	Значительно нарушены	Менее нарушены
Обратимость процесса	Часто обратим	В большинстве случаев необратим

Примечание. Пациенты с деменцией более подвержены делирию, делирий на фоне деменции возникает часто.

L

Аелирий, деменция, амнестические и другие когнитивные расстройства... 47

Ж. Течение и прогноз. Течение обычно острое. Восстановление сознания может наступить спонтанно. При отсутствии лечения делирий может привести к смерти или обусловить стойкую деменцию. Если вызвавшая его причина ликвидирована, выздоровление наступает быстро. Однако возможно сохранение некоторых остаточных нарушений.

3. Лечение. Следует выяснить причину делирия и попытаться устранить её. Необходимы коррекция метаболических нарушений, обеспечение соответствующих водного, электролитного баланса и питания, оптимизация сенсорной среды пациента: например, необходимо ограничить воздействие внешних возбудителей на больного с алкогольным делирием или обеспечить соответствующую стимуляцию больного с делирием на фоне сенсорной депривации. Для лечения ажитации можно использовать небольшие дозы сильнодействующих нейролептиков, например галоперидола 2-5 мг внутрь или внутримышечно по показаниям. При ажитации и бессоннице также могут быть эффективны бензодиазепины, например лоразепам 1-2 мг внутрь или внутримышечно при необходимости каждые 4 ч, особенно если существует вероятность припадков, например, у пациентов с алкогольной абстиненцией или синдромом отмены седативно-гипнотических средств.

IV. ДЕМЕНЦИЯ

А. Определение. Психическое расстройство, проявляющееся общим снижением интеллектуальной деятельности, часто сопровождающееся

ухудшением памяти, акалькулией, патологической отвлекаемостью, изменениями настроения и аффекта, снижением способности к рассуждению и абстракции, обеднением речи и нарушением ориентации. Несмотря на то что вследствие прогрессирующего дегенеративного процесса развитие деменции, как правило, необратимо, лечение может быть эффективным после устранения причины.

Б. Диагностика и симптоматика. Для деменции характерны выраженные нарушения ориентировки, памяти, восприятия, интеллектуальной деятельности, мышления. Возможно значительное изменение личности, аффекта и поведения. Диагноз деменции ставят в зависимости от этиологии: деменция типа Альцгеймера; сосудистая деменция; деменция, обусловленная другим соматическим или неврологическим заболеванием (табл. 3-4); стойкая деменция, вызванная психоактивным веществом; деменция полиэтиологическая и деменция неуточнённая.

В. Эпидемиология. Деменция наиболее распространена среди пожилых людей. Около 5% американцев старше 65 лет страдают тяжёлой деменцией, у 15% возникает лёгкая деменция. Около 20% американцев старше 80 лет страдают тяжёлой деменцией. Пожилой возраст — главный фактор риска. В 25% случаев деменция излечима. В 10% случаев деменция обратима.

Г. Этиология (табл. 3-5). Среди причин деменции на первом месте находится болезнь Альцгеймера, далее следуют сосудистые заболевания (нередко встречаются и смешанную этиологию). ВИЧ-инфекция и СПИД также могут обусловить деменцию (1 % всех случаев деменции).

Д. Специальные методы исследования. Сначала необходимо определить потенциально устранимую причину деменции, затем попытаться выявить другие поддающиеся лечению соматические или неврологические состояния, усугубляющие деменцию (со-матоневрологические заболевания особенно часто усугубляют когнитивные нарушения). В обследование необходимо включить оценку жизненно важных функций, общий

48 Глава 3 IV E

анализ крови с определением лейкоцитарной формулы, биохимический анализ крови, определение СОЭ, уровня витамина B12 и фолиевой кислоты в сыворотке крови, функциональные пробы печени и почек, определение уровня гормонов щитовидной железы, общий анализ мочи, токсикологическое исследование мочи, ЭКГ, рентгенологическое обследование грудной клетки, КТ головного мозга или МРТ и спинномозговую пункцию. Е. Дифференциальная диагностика

1. Возрастное ухудшение интеллектуальных функций (нормальный процесс старения). Связано с понижением способности усваивать новый материал и замедлением мыслительных процессов в результате естественного старения. Кроме того, часто возникает синдром доброкачественной старческой забывчивости, не имеющий, однако, прогрессирующего течения.

2. Депрессия. Депрессия у пожилых людей может проявляться симптомами когнитивных нарушений, обозначаемых термином тсевдодеменция*. У многих пациентов с диагнозом деменции депрессия может возникнуть вследствие осознания ими прогрессирующих когнитивных нарушений. Больным с симптомами как деменции, так и депрессии с целью уточнения диагноза показаны пробный курс лечения антидепрессантами или электросудорожная терапия (ЭСТ). В табл. 3-6 представлены дифференциальные признаки деменции и депрессии.

Таблица 3-4. Диагностические критерии деменции, обусловленной соматическим или неврологическим заболеванием

А. Прогрессирующие множественные когнитивные нарушения со следующими проявлениями:

1. Нарушение памяти (способности усваивать новую информацию и воспроизводить ранее приобретённую)

2. Одно или более из следующих когнитивных нарушений:

а. Афазия (расстройство речи)

б. Апраксия (снижение способности реализовывать двигательную активность при сохранности двигательных функций)

в. Агнозия (неспособность узнавать или различать объекты при сохранности сенсорных функций)

г. Нарушение интегративной и исполнительных функций (планирования, организации, последовательности, абстракции)

Б. Когнитивные нарушения, рассмотренные в А1 и А2, вызывают существенные затруднения в социальной и трудовой адаптации; их следует рассматривать как значительное ухудшение по сравнению с предыдущим уровнем функционирования

В. Данные анамнеза, физикального обследования и результаты специальных методов исследования свидетельствуют о прямой связи нарушения с одним из нижеперечисленных заболеваний

Г. Дефицит не возникает исключительно на фоне делирия

Деменция, обусловленная ВИЧ-инфекцией

Деменция, обусловленная черепно-мозговой травмой

Деменция, обусловленная болезнью Паркинсона

Деменция, обусловленная болезнью Гентингтона

Деменция, обусловленная болезнью Дика

Деменция, обусловленная болезнью Крейтцфельдта-Якоба

Деменция, обусловленная... {укажите соматическое или неврологическое заболевание, не приведённое выше)

Например, артериальная гипертензия, гипотиреоз, опухоль мозга, недостаточность витамина В12

Указание к кодированию. На оси III также следует кодировать соматическое или неврологическое заболевание

Делирий, деменция, амнестические и другие когнитивные расстройства... 49

Таблица 3-5. Этиологические факторы деменции

Новообразования

Первичные опухоли головного мозга* Травмы

Гематомы*

Посттравматическая деменция* Инфекционные процессы (хронические)

Метастатические*

Сифилис

Болезнь Крейтцфельдта-Якоба**

Комплекс СПИД-деменция*** Сердечно-сосудистые заболевания

Единичный инфаркт*

Множественный инфаркт**

Обширный инфаркт

Лакунарный инфаркт

Болезнь Бинсвангера (подкорковая атеросклеротическая энцефалопатия)

Гемодинамический тип* Врождённые/наследственные заболевания

Болезнь Гентингтона***

Метахроматическая лейкодистрофия*** Психические расстройства

Псевдодеменция* * * Физиологические нарушения

Эпилепсия*

Артериальная гипертензия* Нарушения обмена

Витаминная недостаточность*

Хронические нарушения обмена*

Хронические состояния гипоксии*

Хронические эндокринопатии* Дегенеративные деменции

Болезнь Альцгеймера**

Болезнь Пика (деменция, обусловленная поражением лобной доли)**

Болезнь Паркинсона*

Прогрессирующий надъядерный паралич***
 Идиопатический церебральный феррокальциноз (болезнь Фара)***
 Болезнь Уилсона* Демиелинизирующие заболевания
 Рассеянный склероз*** Фармакологические вещества и токсины
 Алкоголь*
 Тяжёлые металлы*
 Монооксид углерода*
 Лекарственные средства*
 Облучение*

* Изменчивый или смешанный тип. " Преимущественно кортикальный тип.

*** Преимущественно субкортикальный тип.

Показатель	Демевция	Псевдодеменция
Возраст	Обычно пожилой	Любой
Начало	Незаметное	Дни, недели
Течение	Хроническое, состояние ухудшается ночью	Острое, изменчиво в течение дня
Анамнез	Системное заболевание	Расстройство или настроения
Осознание происходящего	Отсутствует; безразличие	Пациент осознаёт происходящее; расстроен
Симптомы органических нарушений	Часто присутствуют	Отсутствуют
Познавательная способность*	Значительное нарушение	Изменения личности
Данные обследования психического состояния	Стойкие разрозненные нарушения	Различные нарушения при разных состояниях
	Неточности, конфабуляции, персеверации	Апатия, «я не знаю»
	Чрезмерная значимость обыденных действий	Акцентирование неудач
	Эмоционально окрашенное и лабильное настроение	не Подавленность
Поведение	Адекватное степени когнитивных нарушений	Не адекватное степени когнитивных нарушений
Сотрудничество при лечении	Готовность сотрудничеству, но неуверенность своих силах	Отсутствие готовности к сотрудничеству при слабых попытках содействия
КТиЭЭГ	Данные свидетельствуют о патологии	Данные не свидетельствуют о патологии

* Бензодиазепины и барибитураты усугубляют когнитивные нарушения у пациентов с симптомами деменции, но эти средства способствуют релаксации пациентов, страдающих депрессией.

Термин «псевдодеменция» в отечественной психиатрии имеет совершенно иное значение, его используют для обозначения варианта истерической реакции с мнимой утратой простейших навыков и мнимым снижением интеллектуальных функций. Больные бессмысленно смотрят перед собой, таращат глаза, временами суетливы, непоседливы, иногда испуганы, дурашливо хохочут. Наблюдают симптом миморечи, мимоответов — пациенты не могут ответить на простейшие вопросы или отвечают невпопад, но ответы, несмотря на их нелепость, всегда в плоскости заданного вопроса. При этом больные могут неожиданно ответить на сложный вопрос. Наблюдают также симптом мимодействия — например, выполняя просьбу что-либо написать, больной водит по бумаге не тем концом ручки. Продолжительность состояния — от нескольких дней до нескольких месяцев; прослеживается связь с психотравмирующим фактором; после выхода из этого состояния интеллектуальные и прочие функции восстанавливаются.

Аелирий, деменция, амнестические и другие когнитивные расстройства... 51

3. Делирий. Также характеризуется глобальными когнитивными нарушениями. Делирий может возникнуть на фоне существующей деменции. Деменция имеет тенденцию к хроническому течению без типичных для делирия внезапного начала, резких колебаний состояния, изменения глубины помрачения сознания, нарушения внимания, психомоторных нарушений, острых расстройств цикла сон-бодрствование и ярких галлюцинаций или бредовых состояний.

Ж. Течение и прогноз. Деменция может быть прогрессирующей, стабильной и ремиттирующей. В 10% случаев деменция обратима (например, деменция, обусловленная гипотиреозом, сифилисом ЦНС, субдуральной гематомой, недостаточностью витамина B12, уремией и гипоксией), поэтому её течение в этих случаях зависит от развития основного заболевания. При несвоевременном лечении его возможны резидуальные нарушения, стабилизирующиеся в дальнейшем. Течение деменций неутонченного генеза, например деменций при болезни Альцгеймера, чаще всего характеризуется медленным поэтапным прогрессированием: сначала больной перестаёт ориентироваться в знакомой местности, затем утрачивает способность справляться с деньгами, в дальнейшем перестаёт узнавать своих близких, становится неопрятным (недержание кала и мочи).

3. Лечение. Лечение, как правило, общеукрепляющее. Следует обеспечить коррекцию сопутствующих заболеваний и правильное питание, поддерживать необходимый уровень психической и физической активности, чаще подсказывать больному дни недели, даты, его местонахождение. По мере снижения функциональных способностей может потребоваться помещение пациента в специализированное учреждение с постоянным уходом. Часто нарушения усугубляются ночью (синдром «заката»), что требует особого внимания к больным в это время.

1. Психотерапия. Поддерживающая терапия, групповая терапия и привлечение организаций, объединяющих семьи больных деменцией, могут помочь этим людям преодолеть подавленность и чувство беспомощности.

2. Лекарственная терапия. Следует избегать барбитуратов и бензодиазепинов, так как они ухудшают когнитивные функции. При ажитации эффективны небольшие дозы нейролептиков, например 2 мг галоперидола внутрь или внутримышечно или 25-50 мг тиоридазина. Некоторые клиницисты рекомендуют в качестве снотворного бензодиазепины непродолжительного действия, например триазолам 0,25 мг внутрь, однако на следующий день возможны нарушения памяти.

V ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЦГЕЙМЕРА (ДБА)

А. Определение. Прогрессирующая деменция, не обусловленная какими-либо известными устранимыми причинами. В отечественной психиатрии ДБА относят к группе пресенильных деменций, обусловленных атрофическими процессами в коре головного мозга.

Существует два варианта этого заболевания: с поздним (после 65 лет) и ранним (до 65 лет) началом. Б. Диагноз и симптомы приведены в табл. 3-7.

В. Эпидемиология. ДБА составляет 50-60% случаев деменций. Поражает 5% населения старше 65 лет и 15-25% населения старше 85 лет. ДБА чаще возникает у женщин, однако это можно объяснить большей продолжительностью их жизни. Родственники пациентов, страдающих ДБА, имеют высокую предрасположенность к заболеванию. У близнецов наблюдают высокую конкордантность. Некоторые формы ДБА наследуются по аутосомно-доминантному типу. В одной из обследованных семей была обнаружена связь ДБА с аномалией хромосомы 21.

52 Глава 3 VB

Таблица 3-7. Диагностические критерии деменции при болезни Альцгеймера по DSM-IV

А. Развитие множественных когнитивных нарушений со следующими проявлениями:

1. Нарушение памяти (способности усваивать новую информацию и воспроизводить ранее приобретённую)

2. Одно или более из следующих когнитивных нарушений:

а. Афазия

б. Апраксия

в. Агнозия

г. Нарушения интегративной и исполнительной функций (планирования, организации, абстракции) Б. Каждое из когнитивных нарушений, рассмотренных в А1 и А2, вызывает существенные затруднения в социальной и трудовой адаптации и обуславливает значительное снижение уровня функционирования

В. Течение — медленное начало и прогрессирующее ухудшение когнитивных функций

Г. Когнитивные нарушения, рассмотренные в А1 и А2, не обусловлены ни одним из следующих факторов:

1. Другим заболеванием ЦНС, вызывающим прогрессирующее расстройство памяти и когнитивных функций (например, цереброваскулярная болезнь, болезнь Паркинсона, болезнь Гентингтона, субдуральная гематома, гидроцефалия, опухоль головного мозга)

2. Системным заболеванием, способным вызвать деменцию (например, гипотиреоз, недостаточность витаминов В₂, РР или фолиевой кислоты, гиперкальциемия, сифилис нервной системы, ВИЧ-инфекция)

3. Воздействием психоактивных веществ

Д. Нарушение возникает не только на фоне делирия

Е. Нарушение нельзя отнести к другим расстройствам на оси I (например, большому депрессивному расстройству, шизофрении)

Кодировать расстройство следует, основываясь на особенностях его начала и доминирующих симптомах: С ранним началом, если заболевание начинается в возрасте 65 лет и раньше: С делирием, если делирий развивается на фоне деменции С бредом, если преобладают бредовые состояния

С депрессивным настроением, если депрессивное настроение (включая клинические проявления, соответствующие критериям большого депрессивного эпизода) доминирует; изолированный диагноз расстройства настроения, обусловленного соматическим или неврологическим заболеванием, не ставят Неосложнённая, если ни один из вышеперечисленных симптомов не доминирует в клинической

картине

С поздним началом, если заболевание начинается после 65 лет: С делирием, если делирий развивается на фоне деменции С бредом, если преобладают бредовые состояния

С депрессивным настроением, если депрессивное настроение (включая клинические проявления, соответствующие критериям большого депрессивного эпизода) — доминирующий симптом; изолированный диагноз расстройства настроения, обусловленного соматическим или неврологическим заболеванием, не ставят Неосложнённая, если ни один из вышеперечисленных симптомов не доминирует в клинической картине

Уточните, если:

Заболевание сопровождается нарушением поведения Указание к кодированию. На оси III также следует кодировать болезнь Альцгеймера.

_____ Аделирий. деменция. амнестические и другие когнитивные расстройства... 53

Обнаруженная связь ДБА с болезнью Дауна подтвердила теорию генетического происхождения ДБА. У всех пациентов с болезнью Дауна, доживших до 30 лет, развиваются характерные для больных ДБА изменения головного мозга. Заболеваемость ДБА ниже в неиндустриальных странах, что может быть следствием более низкого качества медицинского обслуживания и связанной с этим технической невозможностью точной диагностики.

Г. Этиология. Гипотетическими факторами риска ДБА являются возраст матери при рождении пациента 30 лет и старше, интоксикация алюминием, черепно-мозговая травма, недостаточность ацетилхолина в головном мозге, аутоиммунные заболевания и др. Вирусная теория не подтверждена (два других заболевания, проявляющихся деменцией, — куру и болезнь Крейтцфельда-Якоба, обусловлены трансмиссивным вирусом). В отношении ДБА ни одна из этих теорий не имеет убедительных подтверждений. Единственным реальным фактором риска на данный момент считают пожилой возраст. Д. Патология. Характерные патоморфологические изменения головного мозга, впервые описанные А. Альцгеймером, — нейрофибриллярные клубки, сенильные бляшки и грануло-лопакуольная дегенерация (альцгеймеровское перерождение нейрофибрилл). Подобные изменения могут возникать и при естественном старении, но у больных ДБА они закономерны. Наиболее выраженные нарушения происходят в области миндалевидного тела, гиппокампа, коры головного мозга и передней базальной части мозга. Диагноз болезни Альцгеймера можно точно поставить только после гистологического исследования. Этиологическая теория токсического воздействия алюминия основана на высоком содержании этого металла в поражённых структурах головного мозга.

Другие патологические изменения при ДБА включают диффузную кортикальную атрофию, увеличение желудочков головного мозга и нарушение метаболизма ацетилхолина, выявляемые КТ или МРТ. Снижение уровня ацетилхолина в головном мозге объясняет восприимчивость больных ДБА к антихолинэргическим эффектам лекарственных препаратов. Это обстоятельство послужило основанием для разработки методов возмещения ацетилхолина при лечении. Е. Течение и прогноз

1. Постепенное начало в возрасте 50-60 лет; медленно прогрессирующее развитие.

Деменция начинается с нарушений памяти по типу прогрессирующей амнезии: сначала ослабевает память на текущие события, затем возникает фиксационная амнезия и далее — прогрессирующая амнезия; развивается полная амнестическая дезориентировка; аутопсихическая дезориентировка может достигать степени неузнавания себя в зеркале. Однако проблемы в памяти не заполняются мнемоническими (замещающими) конфабуляциями и

оживлением прошлого опыта (сдвиг ситуации в прошлое), как при старческом слабоумии. Наряду с мнестическими расстройствами возникают и прогрессируют нарушения всех видов умственной деятельности: внимания, восприятия, осмысления окружающего. Нарушения мышления начинаются со снижения способности к анализу, синтезу и абстракции и неуклонно прогрессируют вплоть до полной интеллектуальной беспомощности. Несмотря на глобальность деменции, на начальных этапах длительное время сохранено смутное осознание болезни и собственной несостоятельности (что отличает её от сенильной деменции). Ощущение своей несостоятельности сопровождается растерянностью и тревогой, а впоследствии сменяется равнодушием и безучастностью.

54 Глава 3 VE

2. Афазия, апраксия и агнозия часто возникают через несколько лет.

Сочетание усиливающейся интеллектуально-мнестической недостаточности с распадом речи, чтения, письма, узнавания (гнозиса), действий (праксиса) — обязательная составная часть клинической картины заболевания, обуславливающая своеобразие её клиники. Распад речи проявляется амнестической, сенсорной и агностической афазией: больные забывают названия предметов, с трудом понимают чужую речь, сначала нечётко произносят слова, затем речь становится всё более дизартричной, со стереотипными оборотами, возникают выраженные нарушения экспрессивной речи — многократное повторение начальной буквы слова, напоминающее заикание, а затем и отдельных слогов (логоклония), автоматическое непроизвольное повторение услышанных слов (эхолалия). На поздних этапах больные полностью перестают понимать чужую речь, а их собственная связная речь распадается. Наряду с афазией утрачивается способность к чтению (алексия), письменной речи (аграфия) и счёту (акалькулия). Возникают все виды апраксии (конструктивная, идеаторная, моторная).

3. На поздних стадиях заболевания у пациентов могут развиваться моторные нарушения и нарушения походки; больные часто прикованы к постели.

Потеря способности к передвижению связана с крайней (универсальной) степенью апраксии. Больные теряют навыки передвижения — не могут вставать, садиться, ходить (не говоря уже о более сложных действиях). Возникает состояние полной «апрактической обездвиженности» или «моторной растерянности», проявляющееся невозможностью любого целенаправленного действия; больные молча лежат, не меняя позы.

4. Средняя продолжительность жизни пациентов — 8 лет; возможны колебания от 1 года до 20 лет.

Ж. Лечение. Такрин, одобренный для лечения болезни Альцгеймера, представляет собой препарат — ингибитор холинэстеразы умеренно пролонгированного действия; значительное улучшение даёт в 20-25% случаев. Вследствие холиномиметической активности этого средства у некоторых пациентов возникали выраженные побочные эффекты. У части пациентов препарат был отменён вследствие нарушения функций печени.

VI. СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ

А. Определение. Деменция, обусловленная цереброваскулярным заболеванием. Наиболее частые сосудистые заболевания головного мозга, приводящие к сосудистой деменции, — церебральный атеросклероз и гипертоническая болезнь, реже — облитерирующий тромбангиит. Деменция обычно прогрессирует постепенно, с каждым последующим инфарктом тканей головного мозга. Пациенты могут указать конкретный момент, когда их состояние ухудшается, после чего на несколько дней до возникновения следующего инфаркта наступает некоторое улучшение. Обычно возникают неврологические симптомы. Когнитивные нарушения могут быть фрагментарными с частичной сохранностью познавательных способностей.

Б. Диагностика и симптоматика приведены в табл. 3-8.

Делирий, деменция, амнестические и другие когнитивные расстройства... 55

Таблица 3-8. Диагностические критерии сосудистой деменции по DSM-IV

А. Прогрессирующие множественные когнитивные нарушения со следующими проявлениями:

1. Нарушение памяти (способности усваивать новую информацию и воспроизводить ранее приобретённую)

2. Одно или более из следующих когнитивных нарушений: а. Афазия

б. Апраксия

в. Агнозия

г. Нарушение интегративной и исполнительных функций (планирования, организации, абстракции) Б. Каждое из когнитивных нарушений, рассмотренных в А1 и А2, вызывает существенные затруднения в социальной и трудовой адаптации и обуславливает снижение уровня функционирования

В. Локальные неврологические симптомы (например, повышение глубоких сухожильных рефлексов, подошвенного разгибательного рефлекса, псевдобульбарный паралич, нарушение походки, слабость мышц конечностей) или данные лабораторных исследований указывают на цереброваскулярное заболевание (например, множественные инфаркты коры головного мозга и белого вещества), рассматриваемое как этиологический фактор

Г. Нарушения возникают не только на фоне делирия

Кодировать расстройство следует, основываясь на доминирующих симптомах:

С делирием, если делирий развивается на фоне деменции С бредом, если доминируют бредовые состояния

С депрессивным настроением, если депрессивное настроение (включая клинические проявления, соответствующие критериям большого депрессивного эпизода) преобладает; изолированный диагноз расстройства настроения, обусловленного соматическим или неврологическим заболеванием, не ставят Неосложнённая, если ни один из вышеперечисленных симптомов не доминирует в клинической картине

Уточните, если.

Заболевание сопровождается нарушением поведения Указание к кодированию. На оси III также следует кодировать цереброваскулярное заболевание

В. Эпидемиология. 15-30% всех случаев деменции; наиболее часто возникает в возрасте 60-70 лет. Сосудистая деменция менее распространена, чем ДБА. Чаще возникает у мужчин. Начинается в более раннем возрасте, чем ДБА. Факторы риска: артериальная гипертензия, болезни сердца, другие заболевания.

Г. Специальные методы исследования. Сканирование методами КТ или МРТ позволяет выявить инфаркты головного мозга. Д. Дифференциальная диагностика

1. ДБА. Сосудистую деменцию сложно дифференцировать с ДБА. Следует собрать подробный анамнез развития заболевания с акцентированием внимания на характере начала заболевания (постепенное или внезапное), на особенностях течения (медленное прогрессирование или чёткое стадирование), на наличии неврологических нарушений. Следует выявить факторы риска и провести обследование головного мозга. Если у пациента обнаружены симптомы сосудистой деменции и ДБА, следует предполагать деменцию множественной этиологии.

56 Глава 3 IVД

Табл. 3-4, 3-7 и 3-8 не дают чёткого представления о диагностических критериях деменции того или иного типа. Хотя дифференциальная диагностика разных типов деменции представляет значительные затруднения, особенно на начальных этапах, поскольку все они сопровождаются интеллектуально-мнестическими нарушениями той или иной выраженности,

отечественные психиатры выделяют различные виды деменции по клиническим проявлениям. Так, деменция при болезни Альцгеймера наряду с нарушениями памяти по типу прогрессирующей амнезии и интеллектуальным дефектом характеризуется афазией, агнозией и апраксией (последняя чаще свойственна именно этому типу деменции). Для болезни Пика типичны так называемые стоячие симптомы, наблюдаемые только при этом заболевании. Сосудистая деменция характеризуется лакунарностью, парциальностью (а не тотальностью, как при отмеченных выше церебральных атрофических заболеваниях), волнообразным течением, мерцанием симптоматики в зависимости от обострения или стихания проявлений сосудистой патологии, сохранностью ядра личности. Деменция при болезни Крейтцфельда—Якоба протекает стремительно, при болезни Гентингтона преобладают специфические гиперкинезы, а деменция имеет относительно малую прогрессивность и глубину; при болезни Паркинсона мнестико-интеллектуальный дефект возникает только на поздних стадиях, обычно сочетается с эйфорией; типичные неврологические нарушения позволяют установить диагноз. Более подробно особенности клинической картины разных типов деменции представлены в главе 21 («Гериатрическая психиатрия») и примечаниях к ней.

2. Депрессия. У пациентов с сосудистой деменцией возможен депрессивный синдром, как и у пациентов с псевдодеменцией. Депрессия не приводит к возникновению очаговых неврологических расстройств.

3. Инсульты и транзиторные нарушения мозгового кровообращения обычно не приводят к прогрессирующей деменции. Транзиторные нарушения мозгового кровообращения — кратковременные эпизоды ишемии участка головного мозга и обусловленной ею очаговой неврологической дисфункции продолжительностью менее 24 ч (обычно 5-15 мин). После инсульта у пациента могут возникать отдельные когнитивные нарушения. Если ишемия незначительна, то единичный инсульт, как правило, не приводит к деменции.

Отечественные исследователи описывают так называемую апоплексическую, (постинсультную) деменцию, возникающую в связи с острым нарушением мозгового кровообращения вследствие кровоизлияния в ткани головного мозга при гипертонической болезни и церебральном атеросклерозе. При этом может возникать так называемая лакунарная (дисмнестическая, парциальная) деменция с неравномерными и частичными выпадениями, снижением психической активности и уровня интеллектуальной деятельности, затруднённой и замедленностью психических процессов, речи и моторики, мнестическими нарушениями при сохранности ядра личности, нарушениями навыков поведения и несоответствием поведения основным морально-этическим нормам, а также утрата способности к осознанию болезни и критического отношения к своей несостоятельности с частичной сохранностью ориентировки. Острые нарушения мозгового кровообращения могут обусловить и так называемую амнестическую сосудистую деменцию с выраженными нарушениями памяти — фиксационную амнезию, амнестическую дезориентировку и замещающие (мнемонические) конфабуляции

Делирий, деменция, амнестические и Аругив когнитивные расстройства... 57 по типу корсаковского синдрома. Амнестическая сосудистая деменция может иметь регрессирующее течение при обратном развитии вызвавшего её нарушения.

Е. Лечение. Лечение заключается в выявлении и коррекции заболеваний, обусловивших инсульт, в том числе артериальной гипертензии, сахарного диабета и болезней сердца. При тяжёлых нарушениях может потребоваться помещение пациента в специализированное учреждение с постоянным медицинским уходом. Лечение общеукрепляющее и симптоматическое. Можно применять антидепрессанты и нейролептики, но у пациентов с

черепно-мозговыми травмами в анамнезе не исключены выраженные побочные эффекты после приёма любых психотропных препаратов.

VII. БОЛЕЗНЬ ПИКА

Относительно редкая первичная дегенеративная деменция, сходная по клиническим проявлениям с ДБА. Однако при болезни Пика возникает более выраженное поражение лобных долей, в связи с чем симптомы расторможенного поведения могут проявляться на раннем этапе заболевания. У пациентов с этим расстройством реактивный глиоз обнаружен в лобных и височных долях головного мозга. Диагноз подтверждают с помощью аутопсии; КТ и МРТ могут выявить доминирующее поражение лобной доли.

VIII. БОЛЕЗНЬ КРЕЙТЦФЕЛЬДТА-ЯКОБА

Причиной этого стремительно прогрессирующего заболевания с проявлениями деменции считают медленный трансмиссивный вирус, хотя последние исследования указывают на возможное генетическое происхождение болезни. Первые проявления обычно возникают в возрасте 40-60 лет. Наиболее ранними симптомами заболевания могут быть неопределённые жалобы на соматическое состояние и необъяснимое чувство тревоги. Другие симптомы включают атаксию, экстрапирамидные симптомы, хореоатетоз и дизартрию. Кроме того, наблюдаются пирамидные и экстрапирамидные параличи и парезы, миоклонии, эпилепти-формные припадки в сочетании с быстро прогрессирующей (от 9 мес до 2 лет) деменцией. Возможны эпизоды помрачения сознания с делирием, слуховыми галлюцинациями, кон-фабуляциями. Прогноз неблагоприятный. Смерть обычно наступает в течение 2 лет после установления диагноза. КТ позволяет выявить корковую и мозжечковую атрофию. На поздних стадиях наблюдают характерные изменения на ЭЭГ. Методы лечения болезни Крейтц-фельдта-Якоба не найдены.

IX. БОЛЕЗНЬ ГЕНТИНГТОНА (ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ НАСЛЕДСТВЕННАЯ ХОРЕЯ, ХОРЕЯ ГЕНТИНГТОНА)

А. Определение. Заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования с высокой пенетрантностью (хромосома 4), проявляющаяся хореоатетонидными движениями и деменцией. Если один из родителей страдает болезнью Гентингтона, риск развития этого заболевания у его детей составляет 50%.

Б. Диагностика. Заболевание обычно начинается в возрасте 30-50 лет (у пациентов, как правило, уже есть дети). Однако существует и так называемая ювенильная форма с началом заболевания до 20 лет (5% всех случаев). Хореиформные движения

58 Глава 3 IX В

часто появляются в самом начале заболевания и, прогрессируя, со временем усугубляются. Деменция возникает на более поздних стадиях, как правило, с психотической симптоматикой. Обычно начальные проявления деменции члены семьи больного воспринимают как изменение его личности. Следует изучить семейный анамнез. В. Симптомы психических нарушений и осложнения.

1. Симптомы изменения личности — 25% случаев. Характеризуются психопатоподобными нарушениями: чрезмерной возбудимостью, взрывчатостью, ипохондричностью, истероподобной капризностью.

2. Шизофрениформные симптомы — 25% случаев. Эмоциональное притупление, возможны различные психотические синдромы, обычно рудиментарные; малосистематизированные паранойяльные расстройства (в частности, бред ревности, экспансивные бредовые синдромы с навязчивыми идеями величия и всемогущества); галлюцинозы с преобладанием тактильных и висцеральных галлюцинаций, а также острые психотические эпизоды с беспорядочным психомоторным возбуждением.

3. Расстройства настроения — 50% случаев. Начинаются с аффективных изменений, возможны реактивные состояния с истерической или

псевдодementной окраской, депрессивные синдромы с мрачно-угрюмым, дисфорическим оттенком аффекта или апатией.

4. В 25% случаев болезнь начинается с внезапной деменции.

5. У 90% пациентов развивается деменция.

Г. Эпидемиология. Заболеваемость составляет 2-6 случаев на 100 000 населения. Более 1000 случаев хореи Гентингтона было отмечено у потомков двух братьев, эмигрировавших в Лонг-Айленд (штат Нью-Йорк) из Англии. У мужчин и женщин заболевание встречаются с одинаковой частотой.

Д. Патофизиологические нарушения. Атрофия тканей головного мозга с обширным поражением базальных ганглиев, в частности хвостатого ядра.

Е. Дифференциальная диагностика. Хореоформные движения, как правило, сначала принимают за незначительные спазмы или тики. У 75% пациентов с болезнью Гентингтона ошибочно диагностируют другие психические заболевания. Болезнь Гентингтона отличают от ДБА высокая частота развития депрессии и психозов и классические хорео-атетоидные двигательные расстройства.

Ж. Течение и прогноз. Течение медленно прогрессирующее; смерть наступает через 15-25 лет. Часты самоубийства.

З. Лечение. При прогрессировании заболевания и усугублении хореоатетоидных расстройств необходима госпитализация. Бензодиазепины и антидепрессанты могут облегчить бессонницу, тревогу и депрессию. Нейролептики эффективны при коррекции психотических симптомов. Вопрос о том, следует ли пациенту с болезнью Гентингтона иметь детей, решают с помощью генетической консультации.

Х. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА (ДРОЖАТЕЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ)

А. Определение. Идиопатическое нарушение моторики, обычно возникающее в позднем возрасте, сопровождается брадикинезией, тремором в состоянии покоя или при принятии определённой позы, тремором в виде катания шарика, маскообразным выражением лица, мышечной ригидностью по типу зубчатого колеса и шаркающей походкой. В отечественной психиатрии болезнь Паркинсона определяют как атрофическое

Аелирий, Авменция, амнестические и лругив когнитивные расстройства. . 59
заболевание головного мозга, манифестирующее в позднем возрасте, проявляющееся в основном экстрапирамидными расстройствами и психическими нарушениями.

Часто нарушена интеллектуальная деятельность, у 40-80% пациентов развивается деменция. Начинается с характерологических сдвигов: повышенной раздражительности, периодической возбудимости или апатичности, эгоцентризма, назойливости, подозрительности, кверулянтских (постоянные жалобы и недовольство окружающим) тенденций. На поздних стадиях развивается мнестико-интеллектуальный дефект (снижение памяти и интеллекта, замедление мышления на фоне лёгкой эйфории). Очень часто развивается депрессия.

Б. Эпидемиология. В Западном полушарии частота заболеваемости паркинсонизмом составляет 200 случаев на 100 000 жителей.

В. Этиология. Неизвестна в большинстве случаев. У больных обнаруживают атрофию клеток чёрной субстанции, снижение содержания дофамина в ней и дегенерацию дофа-минергических нейронов. Паркинсонизм может быть вызван повторной черепно-мозговой травмой и воздействием примеси нелегально производимого неочищенного синтетического героина, Ы-метил-4-фенил-1,2,3,6 тетрагидропиридина.

Г. Лечение. L-ДОФА (леводопа) — предшественник дофамина, часто применяют в сочетании с карбидопа (ингибитором ДОФА-декарбоксилазы) для повышения уровня дофамина в головном мозге. Амантадин также используют одновременно с леводопа с целью си-нергического воздействия. Были проведены успешные попытки имплантации тканей мозгового вещества

надпочечников в головной мозг пациентов, страдающих паркинсонизмом. Депрессия поддаётся лечению антидепрессантами или ЭСТ.

XI. ПРОЧИЕ ДЕМЕНЦИИ

См. табл. 3-5. Включают в себя деменции, обусловленные болезнью Уилсона, надъядерным параличом (деменция, атаксия, недержание мочи и кала) и новообразованиями головного мозга.

Системные заболевания, вызывающие деменцию: заболевания щитовидной железы, гипопфиза (болезни Аддисона и Кушинга), печёночная недостаточность, недостаточность никотиновой кислоты (пеллагра вызывает деменцию, дерматит, диарею), недостаточность витамина B12, фолиевой кислоты, инфекционные процессы, отравление тяжёлыми металлами, хроническое злоупотребление алкоголем.

XII. АМНЕСТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

А. Определение. Нарушение кратковременной и долговременной памяти, имеющее специфическую органическую этиологию, т.е. вызванное токсическим воздействием препаратов, а также соматическим или неврологическим заболеванием. Другие функции познавательной сферы не нарушены.

Б. Классификация и симптоматика. Амнестические расстройства классифицируют согласно этиологии: амнестическое расстройство, обусловленное соматическим или неврологическим заболеванием (табл. 3-9); стойкое амнестическое расстройство, вызванное воздействием психоактивного вещества; амнестическое расстройство неуточнённое.

60 Глава 3 XIIБ

Таблица 3-9. Диагностические критерии амнестического расстройства, обусловленного соматическим заболеванием по DSM-IV

А. Развитие расстройств памяти, проявляющихся в нарушении способности усваивать новую информацию и воспроизводить ранее приобретённую

Б. Расстройства памяти вызывают трудности в социальной и трудовой адаптации, обуславливают значительное снижение уровня функционирования

В. Нарушения памяти возникают не только на фоне делирия или деменции

Г. Данные, полученные на основе изучения анамнеза развития заболевания, результатов физикального и специальных методов обследования, свидетельствуют о том, что нарушение имеет прямую причинно-следственную связь с соматическим или неврологическим заболеванием (включая черепно-мозговую травму)

Уточните тип расстройства:

Транзиторное, если нарушение памяти имеет продолжительность 1 мес или менее Хроническое, если нарушение памяти продолжается более 1 мес

Указание к кодированию. На оси I следует обозначить название соматического или неврологического заболевания, {например, амнестическое расстройство, обусловленное черепно-мозговой травмой}; на оси III также следует обозначить соматическое или неврологическое заболевание

Таблица 3-10. Основные причины амнестических расстройств

Системные соматические заболевания

Недостаточность витамина B₁₂ (корсаковский синдром) Гипогликемия

Первичное заболевание (поражение) головного мозга

Припадки

Черепно-мозговая травма (закрытая и открытая)

Опухоли головного мозга (особенно с поражением таламической области и височной доли) Цереброваскулярные заболевания (особенно с поражением таламической области и височной доли) Хирургические вмешательства на головном мозге

Гипоксия (включая гипоксию при попытке повешения или отравлении угарным газом) Электросудорожная терапия Рассеянный склероз Психотропные вещества Алкоголь Нейротоксины

Бензодиазепины (а также другие седативно-гипнотические средства) Многие отпускаемые без рецепта лекарственные препараты

Делирий, деменция, амнестические и другие когнитивные расстройства... 61

В. Этиология. Наиболее часто встречающаяся форма амнестических расстройств, возникает как следствие недостаточности витамина В₁ при алкоголизме. Амнестические расстройства могут быть вызваны также черепно-мозговой травмой, хирургическим вмешательством на головном мозге, гипоксией, инфарктом мозга и герпетическим энцефалитом. Амнестическое расстройство может быть обусловлено любым патологическим процессом, повреждающим диэнцефальные и медиальные височные структуры (например, сосцевидных тел, гиппокампа, свода).

Г. Дифференциальная диагностика. Амнезия является характерным признаком делирия и деменции, но эти заболевания сопровождаются также другими нарушениями когнитивных функций. При мнимых расстройствах возможна симуляция амнезии, но степень нарушения памяти в этом случае обычно не соответствует основному расстройству. У пациентов с диссоциативными расстройствами наиболее вероятна дезориентировка в собственной личности, но нарушения памяти в этом случае имеют более избирательный характер, чем у больных с амнестическими расстройствами. Возникновение диссоциативных расстройств также часто связано со стрессовой ситуацией.

Д. Лечение. Следует выявить этиологический фактор и по возможности устранить его; в остальном показано проведение симптоматической терапии (например, коррекция водного баланса, артериального давления).

ХIII. ТРАНЗИТОРНАЯ ГЛОБАЛЬНАЯ АМНЕЗИЯ

А. Эпизоды внезапной глубокой и полной амнезии.

Б. Ориентировка в месте и времени не страдает; долговременная память не нарушена.

В. Обычно возникает в зрелом или пожилом возрасте. Г. Продолжительность обычно несколько часов.

Д. После эпизода пациент растерян, иногда настойчиво спрашивает у окружающих о происшедшем с ним состоянии.

Е. Амнезия обычно связана с цереброваскулярным заболеванием, а также с эпизодами других патологических состояний, (например, с судорожными припадками).

ХIV. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ СОМАТИЧЕСКИМИ ИЛИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В эту группу включены расстройства при соматических или неврологических заболеваниях (например, цереброваскулярной болезни, черепно-мозговой травме), обуславливающих психические нарушения (например, кататонию, депрессию, тревогу); соматическое или неврологическое заболевание кодируют на оси III. Причинами возникновения психических расстройств могут быть эндокринопатии, недостаточность витаминов, коллагеноз, заболевания ЦНС и токсические побочные эффекты некоторых лекарственных средств. Психические расстройства, обусловленные соматическим или неврологическим заболеванием, включают амнестические, психотические расстройства, расстройства настроения, тревожные расстройства и расстройства сна, изменение личности и сексуальную дисфункцию. При диагностике необходимо выявить конкретный органический субстрат, обуславливающий возникновение симптомов; когнитивные функции пациента в других областях не нарушены.

62 Глава 3 XV А

ХV. ПРОЧИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

А. Изменения личности, обусловленные соматическими или неврологическими заболеваниями

1. Устойчивое изменение личности.

2. Некоторые варианты изменения личности:

- (1) Лабильный — аффективная неустойчивость, раздражительность, тревожность.
- (2) Расторможенный — нарушение социальной адаптации, повышенная сексуальность.
- (3) Агрессивный — немотивированные вспышки ярости или агрессии.
- (4) Апатичный — апатия и безразличие.
- (5) Параноидный — подозрительность, параноидные идеи.
- (6) Прочие смешанные и неклассифицированные.

3. Этиологические факторы — чаще всего структурные повреждения головного мозга. Б. Системная красная волчанка

1. Коллагеноз с поражением ЦНС (кроме системной красной волчанки, ЦНС поражается

при узелковом полиартериите и височном артериите).

2. Часто возникают симптомы психических нарушений (60% случаев), проявляющиеся на ранних стадиях заболевания.

3. Психические проявления крайне разнообразны.

4. Делирий — наиболее частый психопатологический синдром.

5. Депрессия с психотической симптоматикой возникает чаще, чем шизофрениформные симптомы.

6. Может обусловить развитие деменции.

7. Часто сопровождается припадками (в 50% случаев), включая большой судорожный припадок и височную эпилепсию.

8. Разнообразные двигательные нарушения.

В. Мигрень

1. Связанные с мигренью психические расстройства и осложнения:

(1) Изменения памяти — 10% случаев.

(2) Делирий — 6% случаев.

(3) Галлюцинации — 6% случаев.

(4) Расстройства восприятия схемы тела — 10% случаев.

(5) Депрессия — 4% случаев.

2. Хроническая мигрень обуславливает социальную и трудовую дезадаптацию и депрессию.

3. На фоне высокой интеллектуальной активности возникают обсессивные симптомы.

4. Независимо от возраста распространённость мигрени в популяции составляет 18% среди женщин и 6% среди мужчин.

5. Отмечают наследуемую предрасположенность к мигрени.

6. Интенсивная тупая головная боль пульсирующего характера, возникающая утром после пробуждения; часто боль односторонняя.

7. Постепенное начало приступа, продолжительность — от нескольких часов до нескольких дней.

8. Аура обычно проявляется зрительными, соматическими (энтероцептивными) галлюцинациями, парестезиями.

.L

Делирий, деменция, амнестические и другие когнитивные расстройства... 63

9. Мигрень провоцируют некоторые пищевые продукты, стресс, колебания температуры окружающей среды.

10. Сопровождается вегетативными сдвигами (тошнотой, рвотой, пароксизмальной пред-сердной тахикардией).

11. Возможными этиологическими факторами считают вазодилатацию или вазоконстрикцию, а также дисфункцию вегетативной нервной системы.

12. Эффективны анальгетики, гидроксизин, алкалоиды спорыньи, противовоспалительные средства.

13. Пропранолол используют как профилактическое средство.

14. Для лечения острых приступов с аурой (классическая мигрень) или без

неё применяют суматриптан (не назначают при гемиплегических и базилярных мигренях).

15. Психотерапия особенно эффективна. Также применяют методы биоподкрепления, гипноза, релаксации и модификацию поведения.

16. Часто дифференцируется с головными болями напряжения, которые имеют двустороннюю локализацию, продолжаются весь день и не имеют ауры.

Г. Рассеянный склероз

1. Чаще встречается в Северном полушарии.

2. Характерны изменения психики (75% случаев).

3. На раннем этапе заболевания часты депрессии.

4. При поражении лобной доли наблюдаются расторможение влечений, маниакальные симптомы.

5. Часто сопровождается интеллектуальной деградацией (60% случаев) — от незначительного ухудшения памяти до деменции.

6. Возможны психозы, но их частота не установлена.

7. Часто сопровождается истероидными расстройствами, особенно на поздних стадиях.

8. Симптомы обостряются при физических и психических травмах.

9. Обследование должно включать МРТ. Д. Эпилепсия

1. Синдромы спутанности сознания во время и после припадков. • 2. Распространённость психозов при эпилепсии составляет 7%.

3. У пациентов с психозами эпилепсия встречается в 3-7 раз чаще.

4. Вне зависимости от возраста заболеваемость психозами у больных эпилепсией составляет 10%.

5. Следует дифференцировать припадки и псевдоприпадки (табл. 3-11).

6. Височная эпилепсия:

а. Наиболее часто вызывает симптомы психических нарушений.

б. Нередко сопровождается шизофрениформными психозами.

в. Часто трудно отличить от шизофрении с агрессивностью.

г. Разнообразные и сложные ауры (галлюцинации, деперсонализация, дереализация), которые могут быть симптомами других заболеваний.

д. Автоматизм, вегетативные проявления и ощущение изменений во внутренних органах (например, эпигастральная аура), ощущение подъёма в животе, саливация, гиперемия, тахикардия, головокружение.

е. Нарушения восприятия (например, иллюзии, галлюцинации, деперсонализация, дереализация), переживание особой значимости какого-либо предмета, уже виденного, никогда не виденного.

64 Глава 3 XV E

Показатель	Припадок	Псевдоприпадок
Аура	Наблюдается часто, стереотипная	Наблюдается редко
Время начала	Часто ночью	Только в состоянии бодрствования
Недержание мочи	Наблюдается часто	Наблюдается редко
Цианоз	Наблюдается часто	Наблюдается часто
Послеприпадочная спутанность	Наблюдается	Не наблюдается
Характер судорог	Тонические или клонические	Нестереотипные и асинхронные
Самоповреждение	Наблюдается часто	Наблюдается редко
ЭЭГ	Вероятна патология	Патологии нет

Реакция внушение	на Не поддаётся внушению	Внушаем
Корыстные мотивы	Отсутствуют	Присутствуют

* Псевдоприпадки могут наблюдаться также у пациентов с органическим судорожным расстройством.

ж. Часто возникают вкусовые и обонятельные галлюцинации, которые могут сопровождаться движениями губ, жевательными и глотательными движениями.

з. Субъективные жалобы на расстройство мышления и памяти. и. Сильные аффективные переживания, особенно страх и тревога.

Е. Новообразования головного мозга

1. Неврологические симптомы, головная боль, тошнота, рвота, припадки, потеря зрения, отёк диска зрительного нерва, возможны различные психические нарушения.

2. Симптомы часто обусловлены повышением внутричерепного давления и физическим воздействием опухоли.

3. Суицидальные мысли у 10% пациентов, обычно при пароксизмальных приступах головной боли.

4. У большинства пациентов с опухолями головного мозга наблюдаются симптомы психических нарушений.

а. Медленно растущие опухоли вызывают изменения личности.

б. Быстро растущие опухоли вызывают когнитивные расстройства.

5. При новообразованиях лобной доли наблюдаются депрессия, неадекватность аффекта, расторможение влечений, деменция, нарушение координации, психотические симптомы. Нередко ставится ошибочный диагноз первичной дегенеративной деменции; неврологические симптомы часто отсутствуют.

в. При новообразованиях височной доли отмечаются тревога, депрессия, галлюцинации (чаще вкусовые и обонятельные), симптомы височной эпилепсии, шизофрениформный психоз.

Таблица 3-11. Клинические отличия припадков от псевдоприпадков*

Делирий, деменция, амнестические и другие когнитивные расстройства... 65

7. При новообразованиях теменной доли отмечаются анозогнозия, апраксия, афазия;

может быть ошибочно поставлен диагноз истерии. Ж. Травма головы

1. Широкий спектр острых и хронических клинических проявлений.

2. Продолжительность периода дезориентировки можно рассматривать как фактор, определяющий прогноз заболевания.

3. В головном мозге наблюдаются классические повреждения по типу контрудара, острый отёк.

4. Острые проявления: амнезия (часто проходит незаметно), ажитация, аутизм, психические расстройства (острый посттравматический психоз), делирий.

5. Хронические проявления: амнезия, психоз, расстройство настроения, изменение личности и (редко) деменция.

6. Факторы, влияющие на течение заболевания: преморбидные особенности личности, эпилепсия (снижение работоспособности), судебный процесс, эмоциональный стресс вследствие травмы, реакция на ухудшение интеллектуальных способностей, локализация и степень повреждения мозга.

7. Независимо от степени поражения головного мозга на ход заболевания могут серьёзно влиять адаптационные возможности пациента.

3. Герпетический энцефалит (вирус простого герпеса). Нейропсихические расстройства, вызванные поражением ЦНС вирусом простого герпеса, часто включают аномию, обонятельные и вкусовые галлюцинации, изменение личности, странности поведения; внезапное или стремительное начало.

(Микроцефалия, задержка психического развития, внутричерепной кальциноз и болезни глаз могут быть вызваны инфекцией, занесённой во время родов.)

1. Лабораторные тесты. Патологические особенности ЭЭГ в острой стадии заболевания включают замедленные (диффузные или фокальные) и высоковольтные пики волн в височных областях. Данные, полученные с помощью КТ, МРТ и КТ эмиссии элементарных фотонов часто указывают на структурные изменения или замедление кровотока в височных и лобных областях головного мозга.

2. Лечение. Своевременное применение арабинозида снижает риск летального исхода и подверженность другим заболеваниям.

И. Отравление тяжёлыми металлами

1. Свинец. Абдоминальная колика, свинцовая невропатия, свинцовая энцефалопатия. Отравление может проявиться внезапно делирием, судорожными припадками, повышением артериального давления, нарушением памяти и способности к концентрации внимания, головной болью, тремором, глухотой, транзиторной афазией и гемианопсией. Наблюдаются также стойкая головная боль, депрессия, головокружение, гиперестезия. Для лечения используют лактат кальция, молочные продукты.

2. Ртуть. Синдром «сумасшедшего шляпника» (встречается у лиц, занятых на производстве термометров, у фотогравёров, экспертов, осуществляющих дактилоскопию, работников химических предприятий и горнорудной промышленности, мастеров по ремонту электроизмерительных приборов и производителей фетровых шляп) проявляется симптомами гастрита, кровоточивостью дёсен, гиперсаливацией, крупноразмашистым тремором. Пациенты раздражительны, вздорны, застенчивы, пугливы, легко смущаются; испытывают замешательство в сложных ситуациях.

З—4950

66 Глава 3 XV И

3. Марганец. Возникает у лиц, занятых добычей руды, производством гальванических элементов, отбеливанием, сваркой. Проявляется головной болью, астенией, вялостью, гиперсомнией, импотенцией, неконтролируемым смехом или плачем, побуждением бежать, танцевать, петь; пациент может совершать преступления. На поздних стадиях развивается паркинсонизм.

4. Мышьяк. Отравление наблюдается у лиц, занятых в меховой и стекольной промышленности, а также у работников, связанных с производством или применением инсектицидов. При длительном воздействии мышьяка наблюдаются дерматит, конъюнктивит, анорексия, головная боль, головокружение, апатия, сонливость, нарушение интеллектуальной деятельности, неврит. Может напоминать корсаковский синдром.

6. Таллий. Наблюдается при производстве или использовании пестицидов. Ощущение покалывания, боли в животе, рвота, головная боль, тахикардия, гастрит, неприятный запах изо рта, облысение, атаксия, парестезии, невриты, тремор, хорея, атетоз, миоклонические судороги, нарушение сознания, депрессия, судорожные припадки, делирий.

4

Нейропсихиатрические аспекты ВИЧ-инфекции

I. ВВЕДЕНИЕ

Сообщение о синдроме приобретённого иммунодефицита (СПИД) впервые появились в 1981 г. В США уже насчитывается более 400000 больных СПИДом. Пути передачи ВИЧ: половой, парентеральный, вертикальный (трансплацентарный), горизонтальный (в родах). К группам риска относятся: мужчины гомосексуалисты, бисексуалы, проститутки; лица, имеющие беспорядочные половые связи; сексуальные партнёры ВИЧ-инфицированных; наркоманы, вводящие наркотики внутривенно; реципиенты препаратов крови и органов; дети, рождённые ВИЧ-инфицированными женщинами. Показания для тестирования на ВИЧ представлены в табл. 4-1. Некоторые пациенты так

обеспокоены возможностью заразиться СПИДом, что приходится проводить тестирование даже при отсутствии каких-либо факторов риска. До и после обследования необходимо проконсультировать пациента. Врачи должны знать, что тестирование на ВИЧ может быть сопряжено с тяжёлым стрессом. Некоторые наиболее значимые методы психологической помощи перед обследованием приведены в табл. 4-2.

Психологическая помощь накануне тестирования призвана смягчить потенциальные реакции пациентов на результаты исследования. Они должны быть осведомлены о том, что в диагностических центрах результаты обследования знает только пациент, а врачи должны помнить, что медицинская информация не всегда является конфиденциальной.

Медицинские

Таблица 4-1. Показания для тестирования на ВИЧ

1. Пациенты, принадлежащие к группам повышенного риска:

а) мужчины, имевшие половой контакт с другими мужчинами после 1977 г.;

б) наркоманы, вводящие наркотики внутривенно;

в) больные гемофилией и другие пациенты, которым проводили переливание крови или её компонентов, не обследовавшихся на ВИЧ после 1977 г.;

г) сексуальные партнёры лиц из группы риска,

д) лица с порезами, ранами, язвами на коже и следами уколов, имевшие сексуальный контакт с больными СПИДом или имевшие прямой контакт с заражённой ВИЧ кровью

2. Пациенты, требующие тестирования, но не признающие свою принадлежность к группам повышенного риска (из-за стыда, страха и т.п.)

3. Пациенты с симптомами СПИДа или ВИЧ-инфекции

4. Женщины, принадлежащие к группам повышенного риска, планирующие беременность или уже беременные

5. Доноры крови, спермы или органов

6. Пациенты с симптомами деменции, принадлежащие к группе повышенного риска

67

68 Глава 4 I

данные могут быть затребованы судебными органами и стать частью общих статистических данных; в отдельных случаях страховые компании могут получить доступ к медицинской документации пациента. До обследования пациенту следует сообщить о существовании в диагностическом центре, где проводится обследование, правила, согласно которому врач обязан поставить в известность сексуальных партнёров пациента о положительных результатах теста.

Некоторые методы психологической помощи пациенту после ознакомления с результатами тестирования представлены в табл. 4-3.

Таблица 4-2. Консультирование пациентов до проведения теста на ВИЧ

1. Обсудите возможные варианты положительного результата (например, наличие вируса в организме не означает, что у пациента имеется СПИД)

2. Обсудите отрицательный результат (например, сероконверсия требует времени; поведение, связанное с риском заражения и требующее дальнейшего тестирования)

3. Будьте готовы обсудить с пациентом его проблемы (необоснованный страх может стать показанием к соответствующему психологическому вмешательству)

4. Обсудите, почему тест необходим (не все пациенты признают высокий риск заражения, обусловленный их поведением)

5. Выясните потенциальные реакции на положительный результат (например, «я убью себя, если результат будет положительным»). Примите меры, предупреждающие катастрофическую реакцию

6. Выясните предыдущие реакции пациента на тяжёлые стрессы

7. Обсудите вопросы конфиденциальности информации. Проинформируйте пациента о других возможных ситуациях, если консультация и тестирование могут быть проведены на анонимной основе (результаты теста не будут записаны в медицинскую карту). Обсудите, кто может иметь доступ к результатам теста

8. Обсудите с пациентом, каким образом ВИЧ-инфекция может повлиять на его социальный статус (например, здоровье и страхование жизни, занятость, жилищные вопросы)

9. Объясните, какое поведение сопряжено с высоким риском, и дайте рекомендации по снижению риска

10. Внесите результаты обсуждения в медицинскую карту пациента

11. Предоставьте пациенту время для вопросов

Таблица 4-3. Консультирование пациентов после проведения теста на ВИЧ

1. Интерпретация результатов теста: поясните возможные варианты реакции (например, «отрицательный результат всё же означает, что вы можете заболеть ВИЧ-инфекцией в будущем, однако это не значит, что вы больны СПИДом»), Спросите пациента, как он понимает результаты *

2. Рекомендации по профилактике заражения (детальное обсуждение рискованного поведения и профилактика заражения других людей)

3. Рекомендации по взаимоотношениям с сексуальными партнёрами и использованию шприцев

4. При положительном тесте рекомендации по запрещению донорства крови, спермы, органов, а также недопущению совместного использования бритвенных лезвий, зубных щёток и др.

5. Психологическая поддержка: ВИЧ-инфицированные часто нуждаются в помощи психиатров (выясните необходимость стационарного или амбулаторного лечения, подберите соответствующие методы индивидуальной или групповой поддерживающей терапии). Наиболее распространённые темы переживаний включают шок от диагноза, страх смерти и социальных последствий, скорбь по поводу потенциальных потерь и отчаянные надежды на хорошие новости. Нередко у пациентов имеются депрессия, чувство безнадежности, злобы, вины, обсессивные переживания. Активизируйте пациента со стороны его окружения (семья, друзья, социальные контакты)

Нейропсихиатрические аспекты ВИЧ-инфекции 69

II. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС

Таблица 4-4. Заболевания ЦНС у больных СПИДом

Первичные инфекционные заболевания

ВИЧ-энцефалопатия

Атипичный асептический менингит

Вакуольная миелопатия Вторичные инфекционные заболевания (энцефалиты, миелиты, ретиниты, васкулиты), вызванные следующими вирусами:

Цитомегаловирус

Вирус простого герпеса типов I и II

Вирус ветряной оспы

Паповавирус

Вторичные инфекционные заболевания (энцефалиты, менингиты, абсцессы), вызванные следующими возбудителями:

Toxoplasma gondii

Cryptococcus neoformans

Candida albicans

Histoplasma capsulatum

Aspergillus fumigatus

Coccidioides immitis

Acremonium albamensis

Rhizopus species
 Mycobacterium avium-intracellulare
 Mycobacterium tuberculosis hominis
 Mycobacterium kansasii
 Listeria monocytogenes
 Nocardia asteroides
 Опухоли
 Первичная лимфома ЦНС
 Метастатическая системная лимфома
 Метастатическая саркома Капоши
 Цереброваскулярные заболевания
 Инфаркт
 Кровоизлияние
 Васкулит Осложнения системной терапии

Примерно у 60% больных СПИДом выявляют неврологические симптомы; патологические изменения головного мозга обнаруживают у 75-90% больных. Психические расстройства, связанные с ВИЧ, включают деменцию, расстройства настроения, изменения личности, депрессию, острые психозы и маниакальные расстройства. Заболевания, способные привести к деменции у пациентов, страдающих СПИДом, включают церебральный токсоплазмоз, криптококкоз с менингеальными проявлениями и первичную

70 Глава 4 III А

лимфому головного мозга. ВИЧ-энцефалопатия (ранее называемая комплексом СПИД-деменции) представляет собой наиболее частое неврологическое заболевание при СПИДе. ВИЧ-1 считают непосредственным возбудителем этого синдрома. Основные клинические проявления ВИЧ-энцефалопатии приведены в табл. 4-5.

В случае возникновения ВИЧ-энцефалопатии до того, как поставлен диагноз СПИДа, клиницисты могут ошибочно принять социальное отчуждение пациента, апатию, психомоторную заторможенность и нарушения концентрации внимания и памяти за симптомы депрессии. ВИЧ-энцефалопатия может манифестировать после использования психоактивных препаратов или стресса; подробный опрос членов семьи пациента или его друзей обычно показывает, что заболевание не было неожиданным. Прогноз деменции, обусловленной ВИЧ, неблагоприятный. 50-75% пациентов умирают в течение 6 мес.

III. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

А. Деменция. Деменция обнаруживается у 60-90% больных СПИДом. Имеет прогрессирующее течение, раннее начало (может возникать уже в манифестном периоде болезни). Характерен полиморфизм симптоматики, обусловленный множественностью поражения мозга; наряду с выраженным интеллектуально-мнестическим дефектом ^возникает значительное снижение волевой активности; возможны эпилептиформные припадки и эпизоды нарушенного сознания (по типу сумерек), на более поздних этапах — оглушённость и кома.

Б. Делирий. У ВИЧ-инфицированных пациентов делирий может быть вызван теми же причинами, что и деменция. Помимо делирия, возможны острые параноидные психозы и галлюцинозы.

Таблица 4-5. Клинические проявления ВИЧ-энцефалопатии⁴

Всегда	Иногда	Редко
Отсутствие желаний и побуждений к деятельности (абулия)	Моторные нарушения	Афазия
Апатия	Психические расстройства	Апраксия
Ухудшение памяти	Припадки	Помрачение сознания

Неспособность концентрации внимания	к		
Лёгкие головные боли			
Психомоторная заторможенность			
Социальное отчуждение	*		

* ВИЧ-энцефалопатия ранее была известна под названием «комплекс СПИД-деменция», но это заболевание выявляют и у пациентов без диагностических критериев СПИДа.

Нейропсихиатрические аспекты ВИЧ-инфекции 71

В. Тревожные расстройства. У пациентов с ВИЧ-инфекцией могут возникать любые тревожные расстройства, но наиболее характерны генерализованная тревога (тревога часто сочетается с ажитацией), посттравматическое стрессовое и обсессивно-компульсивное расстройства.

Г. Расстройство адаптации наблюдается у 5-20% ВИЧ-инфицированных пациентов.

Д. Депрессивные расстройства. В 4-40% случаев у ВИЧ-инфицированных пациентов обнаруживаются депрессивные расстройства.

Е. Злоупотребление психоактивными веществами. В попытке справиться с депрессией или тревогой пациенты прибегают к использованию психоактивных лекарственных препаратов.

Ж. Самоубийство. Суицидальные мысли и действия могут быть выраженными у пациентов с ВИЧ-инфекцией и СПИДом. Факторы риска

а. Смерть друзей пациента, страдавших СПИДом.

б. Недавнее сообщение пациенту о положительных результатах теста на антитела к ВИЧ

в. Рецидивы.

г. Трудности в решении проблем, связанных с гомосексуальностью.

д. Недостаточная социальная и финансовая поддержка.

е. Деменция.

ж. Делирий.

Однако многие авторы отмечают, что суицидальные мысли редко приводят к самоубийству.

3. Обеспокоенность возможностью заразиться ВИЧ-инфекцией. Несмотря на отрицательные результаты тестов на ВИЧ и фактическое отсутствие заболевания, некоторые пациенты, принадлежащие к группам риска, чрезмерно обеспокоены возможностью заразиться ВИЧ-инфекцией или одержимы навязчивыми мыслями о том, что они инфицированы. Симптомы могут включать тревогу (вплоть до паники), обсессивно-компульсивное расстройство и ипохондрию. Некоторых пациентов помогают переубедить отрицательные результаты повторных тестов. Остальным может быть показана поддерживающая психотерапия или терапия, направленная на формирование адекватной самооценки.

IV. ЛЕЧЕНИЕ

А. Профилактика. Все лица с риском ВИЧ-инфицирования должны быть информированы о безопасном сексе и использовании игл для инъекций.

Безопасный секс. «Что представляет собой опасный и безопасный секс? Это обычный вопрос, на который врач должен ответить. Если пациенты имеют положительную реакцию на ВИЧ, если им не известно прошлое их нового сексуального партнёра и просто существуют основания для беспокойства, пациентам рекомендуют соблюдать правила, указанные в табл. 4-6.

Б. Терапия соматических нарушений. Лечение соматических осложнений должно быть интенсивным с использованием широкого спектра препаратов

(табл. 4-7). Помимо

г

72 Глава 4 IV В

Таблица 4-6. Правила безопасного секса для профилактики СПИДа

Следует помнить, что любые действия, связанные с передачей жидкости организма одного человека другому через рот, анус, влагалище, кровоток, порезы или язвы, на данный момент не являются безопасными

Практика безопасного секса

Массаж, объятия, соприкосновение тел

Сухой поцелуй

Мастурбация

Возбуждение сексуальных фантазий (не включающее практику опасного секса)

Использование вибраторов или других специальных приспособлений (при условии, что они не заражены)

Сексуальная практика с низким риском (эти действия не считают полностью безопасными) Французский (влажный) поцелуй (при неповреждённой слизистой оболочке полости рта) Петтинг

Вагинальное или анальное половое сношение с использованием презерватива

Оральный секс (фелляция или куннилингус) с использованием барьерных предохранительных средств Внешний контакт со спермой или мочой партнёра при отсутствии повреждения кожи

Практика опасного секса

Вагинальное или анальное половое сношение без презерватива Действия, приводящие к попаданию спермы, мочи или кала партнёра в рот или влагалище Оральный секс (фелляция или куннилингус) без использования предохранительных средств Любой контакт с кровью Применение приспособлений для сексуальной стимуляции, которыми пользовались другие этого, следует начать лечение препаратами против ВИЧ (табл. 4-8). Азидотимидин — ингибитор обратной транскриптазы (ревертазы), замедляет развитие заболевания и в некоторых случаях продлевает жизнь пациентов. Использование азидотимидина часто ограничено из-за тяжёлых побочных эффектов. Более широко используют другие противоретровирусные препараты (например, дидеоксинозин).

В. Терапия психических расстройств. При поражении ЦНС, особенно если наблюдаются проявления психоорганического синдрома (например, тревога, психоз или депрессия), показаны соответствующие психотропные препараты. Для купирования ажитации могут быть эффективны небольшие дозы нейролептиков (например, трифлуоперазина, галоперидола). При лечении депрессии эффективны антидепрессанты, особенно с минимальными антихолинергическими побочными эффектами. Препараты с антихолинергическим побочным действием необходимо применять осторожно при повреждениях головного мозга из-за риска возникновения атропинового психоза. Некоторые клиницисты получали положительные результаты лечения депрессии у больных СПИДом небольшими дозами фенамина. Бензодиазепины часто эффективны при тревоге или бессоннице, хотя они и могут обострять симптомы когнитивных нарушений. В дальнейшем можно использовать небольшие дозы седативных нейролептиков (например, тiorидазин по 25 мг) или антигистаминных средств. Литий может быть эффективен при маниакальных расстройствах, но перед его назначением необходимы тщательное обследование функциональной способности почек и определение концентрации лития в крови. В тяжёлых случаях депрессии с суицидальными намерениями могут потребоваться антидепрессанты и постоянный контроль за состоянием пациента. Приблизительно у 60% больных СПИДом наблюдается тот или иной тип расстройства познавательной сферы (например, деменция); в этой ситуации необходимы меры медицинской

и социальной поддержки (табл. 4-9).

Нейропсихиатрические аспекты ВИЧ-инфекции 73

Таблица 4-7. Лечение заболеваний, вызванных условно-патогенными микроорганизмами*

Заболевание	Препарат	Доза
Пневмония {Pneumocystis carinii)	Сульфаметоксазол- тоиметоприм или пентамидин изетионат	20 мг/(кгсут) для триметоприма, 100 мг/(кгсут) для сульфаметоксазола 4 мг/(кгсут) в/в
Криптококкоз с менинге-альными проявлениями	Амфотерицин В и флуцитозин	0,4-0,6 мг/(кгсут) в/в 100 мг/(кгсут)
Токсоплазмоз	Сульфадиазин натрия Пириметамин	4 г в день внутрь 25-50 мг в день внутрь
Пневмония (Mycobacterium avium- intracellulare)	Конкретные средства лечения не определены	
Криптоспоридиоз	Конкретные средства лечения не определены	
Кандидозный стоматит	Клотримазол в пастилках или низатин или кетоконазол	5 пастилок в день 5000 ЕД активного вещества 4 раза в день 200-400 мг 2 раза в день
Кандидоз пищевода	Кетоконазол	200 мг 2 раза в день
Цитомегаловирус ная инфекция	9-[(2-hydroxy-1 (hydroxymethol) ethoxymethyl)] guanine	- Доза не установлена (продолжаются клинические испытания)
Герпес простой	Ацикловир натрия	200 мг 5 раз в день
Герпес зостер (опоясывающий лишай)	Ацикловир натрия	10 мг/(кгсут) в/в 800 мг 5 раз в день внутрь

* Синдром, называемый СПИД-ассоциированным комплексом, наблюдают у пациентов, не инфицированных условно-патогенными возбудителями. Эти пациенты серопозитивны, и болезнь у них сопровождается похуданием, лихорадкой, потливостью по ночам, генерализованной лимфаденопатией, повышенной утомляемостью и депрессией.

Г. Психотерапия. Индивидуальная и групповая психотерапия имеет большое значение. Психиатр может помочь пациентам справиться с чувством вины за не одобряемое обществом поведение, способствующее ВИЧ-инфицированию. Многие больные СПИДом испытывают ощущение наказания за неподобающий образ жизни, который они вели. Пациентов следует ознакомить со способами безопасного секса. Часто необходимо привлечение сексуального партнёра больного. Лечение гомосексуалистов и бисексуалов, больных СПИДом, часто включает помощь в возвращении к семье и преодолении чувства отвергнутости, вины, стыда и злобы.

При лечении наркоманов, вводящих наркотики внутривенно, надо обсуждать проблему прекращения употребления наркотиков. Необходимо помнить, что синдром отмены может стать ещё одной проблемой у больных СПИДом.

Особенно важно информировать пациентов об опасности пользования заражёнными иглами.

74 Глава 4 IV Г

Таблица 4-8. Препараты, активные против ВИЧ

Препарат	Фармакологическое действие	Основные токсические проявления
Suramin sodium	Ингибирование обратной транскриптазы	Лихорадка, сыпь, утомляемость, недостаточность коры надпочечников, почечная и печёночная недостаточность
Рибавирин	Аналог гуанозина, блокирующий присоединение 5'-гидрокисла в вирусной мРНК	Гемолитическая анемия
НРА-23	Ингибирование обратной транскриптазы	Тромбоцитопения
Фосфоноформат	Ингибирование обратной транскриптазы	Почечная недостаточность
Азидотимидин	Ингибирование обратной транскриптазы, блокатор цепи ДНК	Головная боль, лейкопения, макроцитарная анемия
α-Интерферон	Блокировка формирования вирусных протеинов	Гриппоподобные симптомы, утомление, похудание, нейтропения
AL721	Извлечение холестерина из клеточных мембран	Данные отсутствуют
2',3'-Дидеоксинуклеозид	Блокировка синтеза цепи ДНК	Данные отсутствуют

Таблица 4-9. Лекарственная терапия психических нарушений, обусловленных СПИДом

Симптом	Препараты	Примечание
Тревога Инсомния	Анксиолитики Антигистаминные	Бензодиазепины эффективны, хотя могут обострять симптомы когнитивных нарушений; также эффективны небольшие дозы седативных нейролептиков (например, тиоридазина) или антигистаминных средств
Выраженная тревога Когнитивное расстройство	Нейролептики	Эквиваленты хлорпромазина 50-200 мг в день (возможна более низкая доза, чем обычно, в

ажитацией Психотический эпизод		связи с поражением головного мозга)
Тяжёлое депрессивное расстройство	Антидепрессан ты	Для снижения вероятности атропинового психоза желательно использовать препараты с минимальным антихолинергическим побочным действием — небольшие дозы фенамина
Мания	Литий	Необходимо исследование функций почек

5

Расстройства, связанные
с употреблением
психоактивных веществ

I. ВВЕДЕНИЕ

Под психоактивным веществом понимают любое химическое вещество, способное при однократном приёме изменять настроение, физическое состояние, самоощущение, восприятие окружающего, поведение либо давать другие, нежелательные с точки зрения потребителя, психофизические эффекты, а при систематическом приёме вызывать психическую и физическую зависимость. Среди психоактивных веществ выделяют наркотики и токсические средства. Сюда же относятся лекарственные средства с психотропным эффектом (так называемые психотропные вещества), разрешённые к медицинскому применению Фармакологическим комитетом.

Под наркотиком понимают вещество, соответствующее следующим критериям: 1. Оказывает специфическое действие на психические процессы— седативное, стимулирующее, галлюциногенное и т.д. (медицинский критерий).

2 Немедицинское потребление вещества имеет большие масштабы, последствия этого приобретают социальную значимость {социальный критерий)

3 В установленном законом порядке признано наркотическим и включено МЗ РФ в список наркотических средств (юридический критерий)

Подобное понимание термина «наркотик» принято не во всех странах. В США к наркотическим веществам относят обычно только опий и его естественные и синтетические препараты. Кокаин, галлюциногены, фенамин не относятся к наркотикам, однако злоупотребление ими преследуется законом так же строго, как и злоупотребление опиатами.

Психоактивные средства, не отнесённые к списку наркотиков, обычно называются токсическими. Они обладают всеми психотропными свойствами наркотиков, имеют общие с наркотиками закономерности формирования зависимости. Более того, расстройства вследствие (формирующейся зависимости от некоторых токсических веществ бывают даже более тяжёлыми, чем при употреблении наркотиков. Однако социальная опасность злоупотребления ими пока не столь высока. Целый ряд токсических веществ, несмотря на большие масштабы злоупотребления ими, и психотропных средств не может быть внесён в список наркотических средств в связи с тем, что уголовное законодательство РФ (как и уголовные законодательства большинства других стран) предусматривает уголовную ответственность за незаконное приобретение, хранение, изготовление, переработку, перевоз, пересылку и сбыт наркотических

75

76 Глава 5 IА

средств. Подобные ограничительные меры невозможны в отношении алкоголя, табака, некоторых психотропных средств, средств бытовой химии,

содержащих различные токсические вещества.

Медицинская классификация психоактивных веществ традиционно основывается на особенностях действия различных средств на ЦНС — стимуляторы, галлюциногены, эйфоризаторы, транквилизаторы, седативные средства и т.д. и на способах их введения. Одно и то же вещество в зависимости от дозы и способа введения может оказывать различное действие.

В соответствии с МКБ-10 к психоактивным средствам относятся алкоголь, производные опия, каннабиса, седативные и снотворные вещества, кокаин, стимуляторы, включая кофеин, галлюциногены, табак, летучие растворители. Злоупотребление психоактивными веществами встречается у представителей любых слоев общества. При обследовании требуется определить степень зависимости пациента от того вещества, которое он употребляет. Злоупотребление приводит к снижению работоспособности, ухудшению школьной успеваемости, несчастным случаям, интоксикации в процессе работы, прогулам, совершению преступлений, связанных с насилием, и воровству. В этом отношении подростки представляют собой наиболее уязвимую возрастную группу. Риск злоупотребления психоактивными веществами у мужчин выше, чем у женщин.

А. Обследование. Эта категория пациентов представляет определённые трудности в плане диагностики и обследования. Больные почти всегда преуменьшают количество вещества, которое принимают, и склонны к отрицанию и обману из-за страха последствий, которые может повлечь за собой признание в злоупотреблении ими. Вследствие того, что информация, полученная от этих пациентов, не всегда может быть достоверной, её следует проверить, обратившись к другим источникам, например к членам семьи.

При работе с такими пациентами врач должен настаивать на чётких и обоснованных ограничениях, которые должны часто контролироваться. Нередко необходим конфронтационный подход. Врач не должен сердиться, если пациент начинает обманывать его. Злоупотребление психоактивными веществами часто сосуществует с психическими расстройствами (депрессией, тревогой), но само по себе также является причиной их возникновения. Нередко злоупотребление психоактивными веществами связано с личностными расстройствами, например антисоциальным, пограничным, нарциссическим. Пациенты с депрессией, тревогой или психозом могут заниматься самолечением, используя как назначенные, так и не назначенные врачом средства. При обследовании пациента с симптомами депрессии, тревоги или психоза необходимо рассмотреть вероятность того, что данные расстройства могли быть вызваны использованием психоактивных препаратов.

1. Токсикологическое исследование

Анализ мочи или крови является эффективным способом подтверждения наличия в организме того или иного психоактивного вещества. Существует два вида тестов — скрининг-тесты и тесты на подтверждение. Скрининг-тесты содержат ряд критериев для постановки диагноза, но не являются специфичными (высокая вероятность

т

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ 77

ошибки). Положительные результаты скрининг-тестов следует проверять тестами на подтверждение использования конкретного препарата. Несмотря на то что большинство веществ обнаруживается в моче, для выявления некоторых из них лучше провести анализ крови (например, при употреблении барбитуров или алкоголя). Иногда может быть эффективно определение абсолютной концентрации вещества в крови, например высокая концентрация психоактивного вещества при отсутствии клинических симптомов интоксикации предполагает толерантность. Результаты токсикологического исследования положительны в течение 2 дней после употребления

большинства препаратов.

Лабораторные методы исследования имеют лишь вспомогательное значение, поскольку сам факт обнаружения в организме пациента психоактивного вещества не является основанием для постановки диагноза. Основным в диагностике синдрома зависимости остаётся метод клинического обследования пациента.

2. Обследование соматического состояния

а. Необходимо определить, связано ли соматическое заболевание пациента с использованием психоактивного вещества. Это в особенности актуально для следующих групп пациентов:

і. Пациенты, использующие подкожное или внутривенное введение наркотиков, — синдром приобретённого иммунодефицита (СПИД), шрамы от внутривенных или подкожных инъекций, абсцессы, инфекции как результат впрыскивания заражённых растворов, бактериальный эндокардит, лекарственный или инфекционный гепатит, тромбофлебит, столбняк.

Н. Пациенты, нюхающие (вдыхающие) кокаин, героин или другие наркотики, — смещение или прободение носовой перегородки, назальные кровотечения, ринит.

ш Пациенты, курящие очищенный кокаин, крэк, марихуану или другие наркотики или вдыхающие ингалянты, — бронхит, астма, хронические заболевания дыхательных путей.

б. Следует определить: в какой форме происходит злоупотребление; постоянное оно или эпизодическое; когда, где и с кем употребляется вещество; злоупотребление необходимо для восстановления сил или ограничено определённым социальным контекстом; какой период в жизни пациента связан с поиском, употреблением веществ, воздержанием и возвращением к норме; каким образом использование вещества влияет на социальную и трудовую деятельность пациента; каким образом пациент достаёт вещество и сколько за него платит. В медицинской документации необходимо привести подробное описание вещества и способ его применения, а не категорию, к которой оно принадлежит, т.е. определение «синдром отмены внутривенного введения героина» должно использоваться вместо определения «синдром отмены опиата». В случае, если имеет место злоупотребление несколькими веществами, следует перечислить названия всех веществ, применяемых пациентом. Как правило, использованием какого-либо одного вещества злоупотребление не ограничивается.

Таблица 5-1. Диагноз по DSM-IV в зависимости от класса психоактивного вещества

Вещества	Зави- си- мость	Злоупотр- еб- лени- е	Инто- к- сика- ция	Син- дром отме- ны	Инто- к- сикац- и- онны й делир- ий	Абст- и- нент ный дели- рий	Дем- ен- ция	Амне- с- тиче- ское рас- стро- йство	Псих- о- тичес- кие расст- рой- ства	Расс- т- ройс- тво наст- роен- ия	Трево- жное рас- стро- йство	Секс- у- альн- ые дисф- ункции	И- н- т- р- н- т- о- н- н
----------	-----------------------	--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--	--	--------------------	--	--	---	--	---	---

Никотин	X			X								
Опиаты	X	X	X	X	I				I	I		I
Фенилциклидин	X	X	X		I				I	I	I	
Седативные, снотворные и анксиолитические средства	X	X	X	X	I	W	P	P	I/W	I/W	W	I
Употребление нескольких веществ	X											
Другие	X	X	X	X	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I

Примечание. X, I, W, I/W и P указывают, что категория принята в DSM-1V. I также указывает, что для данной категории может быть использовано уточнение «с началом в период интоксикации» (исключая интоксикационный делирий), W — что для данной категории может быть использовано уточнение «с началом в период абстиненции» (исключая абстинентный делирий), I/W — что для данной категории может быть использовано уточнение «с началом в период интоксикации» либо «с началом в период абстиненции», P — что расстройство является стойким.

О»

Q сл

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ 79 Б.
Диагноз

Наркомания — болезнь (зависимость), вызванная систематическим употреблением веществ, включённых в список наркотиков, и проявляющаяся психической, а иногда физической зависимостью от этих веществ.

Токсикомания — болезнь (зависимость), проявляющаяся психической, а иногда и физической зависимостью от вещества, не включённого в официальный список наркотиков. Для констатации диагноза зависимости необходимо наличие одного и более из следующих признаков:

1. Синдром изменённой реактивности организма к действию данного психоактивного вещества (исчезновение защитных реакций, изменение толерантности, формы потребления и формы опьянения).
2. Синдром психической зависимости (обсессивное влечение, ощущение психического комфорта при интоксикации).
3. Синдром физической зависимости (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт при интоксикации).

Сам факт употребления психоактивного вещества не является основанием для констатации синдрома зависимости. С синдромом зависимости связаны только патологические мотивы, обусловленные наличием абстинентного синдрома и патологического влечения к психоактивному веществу (купирование абстиненции, наличие патологического влечения и употребление определённого психоактивного вещества, мотив самоповреждения). Все другие мотивы употребления психоактивного вещества — традиционные, социально обусловленные, субмиссивные (подчинение давлению со стороны других людей), гедонистические (стремление испытать чувство эйфории), мотив повышения активности поведения и попытка купирования с помощью психоактивного средства различных субъективно неприятных и тягостных психофизиологических расстройств (например, тревоги, депрессии,

бессонницы) — к синдрому зависимости отношения не имеют.

В. Лечение. Табл. 5-2. Лечение интоксикации включает наблюдение за пациентом на случай возможной передозировки, обследование с целью обнаружения интоксикации несколькими веществами и сопутствующих соматических заболеваний, поддерживающую терапию имеющихся нарушений. Лечение злоупотребления или зависимости включает полное воздержание и долговременную терапию.

1. Период воздержания. Следует использовать все возможные средства, чтобы улучшить состояние больного.

2. Долговременная терапия сроком не менее 6 мес. При злоупотреблении психоактивными веществами часто возможны рецидивы. Существуют разнообразные методы лечения, включая индивидуальную терапию, групповую терапию, привлечение групп самопомощи (таких, как анонимные алкоголики, анонимные наркоманы), лечебных групп, объединяющих семьи больных, поддерживающую лекарственную терапию (с использованием метадона, дисульфирама, налтрексона), а также разнообразные философские подходы, включая модели, направленные на изменение стереотипов поведения, отношения к своему здоровью и нравственной ориентации (создание побудительной основы для отказа от наркотиков). Следует определить, какой метод применим в каждом конкретном случае.

Таблица 5-2. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, и методы их лечения

Вещества	Психические нарушения	Соматоневрологические проявления	Результаты лабораторных анализов	Лечение
Опиаты: опиум, морфин, героин, меперидин, мета-дон, пентазоцин	Эйфория, дремотное состояние, анорексия, снижение полового влечения и общей активности, изменение личности	Миоз, зуд, тошнота, брадикардия, запор, следы от инъекций на верхних и нижних конечностях, в паховой области	Вещества обнаруживаются в крови в период до 24 ч с момента их использования	Для постепенного отвыкания: метадон 10 мг каждые 6 ч в течение 24 ч, затем снижение дозы в течение 10 дней. При дозировке: налоксон 1 мг в/м каждые 20 мин (дозу), постоянный приток свежего воздуха
Фенамин и другие симпатомиметики (включая кокаин) и вещества, сходные по воздействию с фенамином	Возбуждение, болтливость, эйфория, гиперактивность, раздражительность, агрессивность, ажитация, паранойальность, импотенция, зрительные и тактильные галлюцинации	Мидриаз, тремор, неприятный запах изо рта, сухость во рту, тахикардия, гипертония, снижение массы тела, аритмии, лихорадка, конвульсии, прободение носовой перегородки (вследствие вдыхания веществ через нос)	Вещества обнаруживаются в крови и моче	При ажитации: диазепам 10 мг в/м или перорально 10 мг каждые 3 ч, тахиаритмиях: пропранолол по 10-20 мг перорально каждые 4 ч, витамин С, принимать по 0,5 г 4 раза в день перорально, улучшить мочеиспускание за счет повышения кислотности мочи
Галлюциногены: ЛСД психоделицины	Продолжительность воздействия 8-12 ч	Мидриаз, атаксия, гиперемия	Отсутствуют	Эмоциональная поддержка (успокоение) при легкой ажитации

(некоторые виды грибов), мескалин (содержится в кактусе пейот)	эффектом стоп-кадра по завершении абстинентного состояния, зрительные галлюцинации, бред, суицидальные тенденции, деперсонализация, дереализация	конъюнктивы, тахикардия, гипертония		диазепам по 10 мг или перорально каждые 2 ч (4 дозы); при сильной возбужденности: галоперидол 1-5 мг в/м, повторять каждые 6 ч по необходимости. предотвращения синдрома отмены можно продолжать приём галоперидола 1-2 мг в день перорально в течение нескольких недель. Фенотиазиды только в случае злоупотребления. Предостережение: фенотиазины могут привести к смерти при использовании их вместе с другими галлюциногенами (например DET, DM) и веществами, содержащими припаралитические алкалоиды стрихнина или белладонны.
РСР и другие сходные по воздействию с фенилциклидином вещества (включая кетамин, ТСП)	Продолжительная ость воздействия 8-12 ч (около 2 ч для кетамина), галлюцинации, бред, неустойчивость настроения, разорванность мышления (может напоминать шизофрению), кататония, агрессивное поведение, конвульсии	Нистагм, мидриаз, атаксия, тахикардия, гипертония	Вещества обнаруживаются в моче в период до 5 дней с момента их использования	В течение первой недели фенотиазины противопоказаны; при острых бредовых состояниях галоперидол по 1-2 мг в/м или перорально каждые 2 ч до наступления успокоения
Препараты, угнетающие ЦНС: барбитураты, мета-квалон, мепробамат, бензодиазепины, глутетимид	Сонливость, спутанность сознания, невнимательность	Профузный пот, атаксия, гипотензия, судороги, делирий, миоз	Вещества обнаруживаются в крови	Для барбитуратов: каждые 100 мг используемой пациентом дозы барбитуратов 30 мг жидкого фенобарбитала отдельными дозами каждые 6 ч, снижая дозы на 20% каждые последующий день. Вместо фенобарбитала можно использовать диазепам по 10 мг

				дые 2-4 ч в течение с последук снижением дозы. бензодиазепинов: п пенное уменьшение диазепама ка последующий ден течение 10 дней
Летучие углеводороды и нефтепродукты: клей, бензол, газолин, растворители лака, жидкости для заправки зажигалок, аэрозоли	Эйфория, помрачение сознания, смазанная речь, атаксия, галлюцинации (50% случаев), психозы, необратимое поражение головного мозга при ежедневном использовании вещества на протяжении 6 мес	Запах при дыхании, тахикардия с возможной фибрилляцией желудочков, возможное поражение головного мозга, печени, почек, миокарда	Зависят от повреждения тканей	При ажит галоперидол по 1-каждые 6 ч наступления успоко следует изб использования эпинефрина по при сенсibilизации миокарда
Другие ннгаянты: закись азота	Эйфория, дремотное состояние, атаксия, спутанность сознания	Аналгезия, угнетение дыхания, гипотензия	Отсутствуют	Гипоксию л вдыханием кислорода
Алкоголь	Искажение оценки происходящего, говорливость, изменение настроения, агрессивность, нарушение внимания, амнезия	Нистагм, покраснение лица, атаксия, смазанная речь	Уровень концентрации в крови между 100 и 200 мг/дл	При делирии: диаз по 5-10 мг в/м перорально каждые в/м витамин В, г тация. При галлюци галоперидол по 1-каждые 6 ч в/м перорально
Алкалоиды белладонны (содержатся в некоторых отпускаемых без рецепта лекарственных средствах и в семенах вьюнка): stramonium, гоматропин, атропин, скопола-мин, гиосциамин	Слабость, неясность зрения, состояние спутанности, возбуждение, делирий, ступор, кома (антихолинергический делирий)	Жар, эритема, сухость во рту и в горле, мидриаз, повышенная чувствительность к свету, судороги, дисфагия, пирексия, гипертензия, затем шок, задержка мочи	Отсутствуют	Антидотом явл. физостигмин (2 мг каждые 20 внутривенное введение не должно превышать 1 мг/мин; необходимо следить за та симптомами, обильное слюноотделение вследствие подавл активности холинэстеразы. Пропранолол при т ритмиях

1. Интоксикация, адаптивное поведение, связанное с недавним употреблением психоактивного вещества. У разных пациентов эффект интоксикации одним и тем же препаратом может проявляться по-разному и зависеть от таких факторов, как доза препарата, условия его приёма и особенности личности больного.

Отечественные наркологи выделяют острую интоксикацию и наркотическое опьянение.

Таблица 5-3. Симптомы интоксикации психоактивными веществами и синдрома отмены

Вещества	Интоксикация	Синдром отмены
Опиаты	Дремотное состояние Смазанная речь Нарушение внимания, памяти Аналгезия Анорексия Понижение сексуального влечения Снижение активности	Настойчивые поиски препарата Тошнота, рвота Мышечные боли Слезотечение, ринорея Расширение зрачков Пилоаррекция (симптом «гусиной кожи») Потливость Диарея Лихорадка Бессонница Зевота
Фенамин и кокаин	Потливость, озноб Тахикардия Расширение зрачков Повышение артериального давления Тошнота, рвота Тремор Аритмия Лихорадка Судороги Анорексия, снижение массы тела Сухость во рту Импотенция Галлюцинации Повышенная активность Раздражительность Агрессивность Бред	Дисфория Утомляемость Расстройство сна Ажитация Настойчивые поиски препарата
Седативные, снотворные и анксиолитические средства	Смазанная речь Нарушение координации Неустойчивая походка Нарушение внимания, памяти	Тошнота, рвота Общий дискомфорт, слабость Вегетативные реакции Тревога, раздражительность Повышенная чувствительность к свету и звуку Крупноразмашистый

	тремор Бессонница Припадки
--	----------------------------------

т

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ 83

2. Синдром отмены. Специфический синдром, возникающий в результате прекращения интенсивного употребления психоактивных веществ (предполагает толерантность и признаки зависимости).

Авторы разделяют понятия «абстиненция» и «синдром отмены», подразумевая под первым воздержание от приёма наркотика, а под вторым — совокупность симптомов, возникающих после внезапного прекращения приёма наркотика.

3. Толерантность. Необходимость увеличения дозы психоактивного вещества для достижения желаемого эффекта, а также случаи, когда действие лекарственного препарата ослабевает вследствие длительного его использования.

Толерантность (устойчивость) — способность переносить определённую дозу наркотически действующего вещества; определяется минимальной дозой, способной вызвать желаемый эффект (наркотическое опьянение или купирование абстинентного синдрома). Различают разовую толерантность (количество наркотического вещества, которое пациент способен принять одномоментно) и суточную (общее количество психоактивного вещества при его неоднократном приёме в течение суток). Толерантность может снижаться после длительного перерыва в приёме психоактивного вещества, например после лечения (наркоманы называют это «омоложением»), когда для достижения прежнего эффекта требуется меньшая доза, чем прежде, что очень ценится наркоманами.

4. Злоупотребление. Употребление психоактивного вещества, приводящее к нежелательным последствиям, например опасным для жизни ситуациям, криминальным, социальным, трудовым проблемам.

В отечественной психиатрии злоупотреблением считается этап, когда ещё не сформировались признаки зависимости, а потребление психоактивного вещества не носит систематического характера, хотя препарат принимается не с медицинской целью, а для достижения наркотического эффекта.

5. Зависимость. Психологическая или физическая необходимость продолжать употребление психоактивного вещества. Зависимость от психоактивного препарата может быть физической, психологической или той и другой одновременно. Психологическая зависимость (привыкание) характеризуется постоянными или периодическими настойчивыми поисками вещества. Физиологическая (физическая) зависимость характеризуется повышением толерантности, т.е. необходимостью принимать нарастающие дозы вещества, для того чтобы предотвратить возникновение синдрома отмены. Как правило, наличие синдрома отмены на фоне воздержания предполагает зависимость. За исключением кратковременного лечения синдрома отмены, различие между злоупотреблением и зависимостью имеет существенное клиническое значение.

84 Глава 5 ПА

По определению ВОЗ, зависимость — состояние периодической или хронической интоксикации, вызываемое повторным употреблением естественного или синтетического вещества. Характеризуется следующими признаками:

1. Овладевающее желание или неодолимое влечение (компульсия) продолжать употребление данного вещества, добывая его любыми путями.

2. Тенденция увеличивать дозу (рост толерантности).

3. Возникновение личных или социальных проблем, обусловленных злоупотреблением.

6. Привыкание. Не научный термин, подразумевающий психологическую

зависимость и поведение, ориентированное на поиск препарата, а также физическую зависимость, толерантность и связанное с этим расстройство физического и психического здоровья.

В отечественной психиатрии термин не применяется. В узком смысле может подразумевать привычное употребление лекарственных средств (например, снотворных при бессоннице, бензодиазепинов при тревоге и пр.) пациентами, страдающими какими-либо психическими или соматоневрологическими заболеваниями. Возможно некоторое повышение толерантности вследствие превышения терапевтических доз, однако препарат принимается не с наркотической целью, а из-за стремления купировать какие-либо тягостные для больного психические или болевые расстройства. Иногда таких пациентов называют «токсикоманами поневоле», хотя здесь нет совокупности симптомов и синдромов, свойственной наркоманической (токсикоманической) зависимости.

II. ОПИАТЫ

В США злоупотребление опиатами (зависимость) обнаружено у 0,7% населения, что составляет 500000 человек (половина из них — в Нью-Йорке). Опиатами называют производные опия, а также синтетические препараты, к которым относятся опиум, морфин, диацетилморфин (героин), метадон, кодеин, оксикодон, гидроморфон, леворфанол, пентазо-цин, меперидин, пропоксифен. В табл. 5-4 указана длительность воздействия некоторых опиатов.

Таблица 5-4. Продолжительно действия некоторых опиатов

Препарат	Продолжительность действия, ч
Героин	3-4
Меперидин	2-4
Морфин, гидроморфон	4-5
Метадон	12-24
Пропоксифен	12
Пентазоцин	2-3

.

т

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ 85

А. Способ употребления. Зависит от препарата. Опиум курят. Героин обычно вводят шприцем (внутривенно или подкожно), вдыхают (нюхают) или комбинируют со стимуляторами для внутривенного введения. Опиаты, производимые фармацевтической промышленностью, как правило, предназначены для перорального применения, но некоторые из них используются для инъекций. Героин является одним из наиболее распространённых наркотиков, вызывающих зависимость. Чаще всего его используют пациенты, стоящие на низком социальном уровне, которым нередко приходится совершать преступные деяния, чтобы заплатить за очередную порцию.

Б. Доза. Основываясь лишь на данных пациента, дозу потребляемого вещества часто бывает трудно определить по двум причинам. Во-первых, пациент не знает концентрацию героина, который он приобрел, и может просто недооценить его количество (что может привести к случайной передозировке: например, если пациент получает пакетик, содержащий 15% героина вместо обычных 5%). Во-вторых, пациент может преувеличивать дозу с целью получить больше метадона.

В. Интоксикация

1. Объективные симптомы. Угнетение деятельности ЦНС, снижение перистальтики желудочно-кишечного тракта, угнетение дыхания, аналгезия, тошнота и рвота, смазанная речь, гипотензия, брадикардия, сужение зрачков, припадки (в случае передозировки). У пациентов с высокой толерантностью также наблюдаются сужение зрачков и запоры.

2. Субъективные симптомы. Эйфория (интоксикацию героином пациент описывает как переживание оргазма), иногда тревожная дисфория, снижение способности к концентрации внимания и запоминанию, дремотное состояние и психомоторная заторможенность.

Г. Передозировка. Обычно происходит случайно и может потребовать экстренного медицинского вмешательства. Среди причин — ошибка в дозировке либо нерегулярное использование препарата, в связи с чем пациент может утратить прежнюю толерантность. Часто передозировку вызывает сочетание героина с другими препаратами, угнетающими ЦНС, например алкоголем или седативно-гипнотическими средствами. Клинические симптомы включают выраженный миоз, угнетение дыхания, угнетение деятельности ЦНС.

1. Лечение

а. Госпитализация в отделение интенсивной терапии и поддержание жизненно важных функций, например внутривенное введение жидкости.

б. Срочное введение налоксона — антагониста опиатов — 0,8 мг (0,01 мг на 1 кг массы тела для новорожденных) в/в, результат наступает в течение 15 мин.

в. При отсутствии реакции — 1,6 мг налоксона е/е, результат наступает в течение 15 мин.

г. При повторном отсутствии реагирования — 3,2 мг налоксона е/е и возможная постановка диагноза другого расстройства.

д. В случае получения желаемого эффекта следует продолжить внутривенное введение налоксона по 0,4 мг каждый час.

2. Всегда необходимо учитывать возможность передозировки несколькими препаратами. Пациент может на короткое время очнуться лишь затем, чтобы принять следующую сверхдозу другого препарата медленного действия, например седативно-

86 Глава 5 ПД

гипнотического. Следует помнить, что налоксон ускоряет возникновение синдрома отмены. Налоксон — препарат с коротким периодом полувыведения, и его следует применять постоянно до полного очищения организма от опиатов (до 3 дней в случае с метадоном). У младенцев, матери которых злоупотребляли опиатами, могут наблюдаться симптомы интоксикации, передозировки или синдрома отмены. Д. Синдром отмены. Редко требует неотложного медицинского вмешательства. Сопровождается настойчивыми поисками препарата, тревогой и беспокойством. В остальном клинические симптомы напоминают симптомы гриппа и включают слезотечение, зевоту, потливость, приступообразные ощущения холода и жара, мышечные боли, спазмы кишечника, расширение зрачков, тремор, тошноту и рвоту, диарею. Степень выраженности зависит от того, насколько высокой была потребляемая доза и насколько внезапной была её отмена. Симптомы менее выражены при употреблении препаратов, которые имеют длительный период полувыведения (ме-тадон); симптомы более выражены при употреблении препаратов с коротким периодом полувыведения (меперидин). Пациенты предпринимают настойчивые поиски препарата и используют всевозможные уловки ради их назначения. Следует остерегаться симуляции и обращать внимание на такие характерные симптомы, как расширение зрачков, тахикардия, гипертензия. Если объективные симптомы отсутствуют, не следует давать пациенту опиаты. Цель детоксикации состоит в сведении до минимума проявлений синдрома отмены (чтобы не допустить отказа пациента от лечения) при постоянном сокращении дозы опиатов. Без лечения синдром

отмены опиатов не влечёт за собой сколько-нибудь серьёзных осложнений у пациентов, не имеющих сопутствующих заболеваний.

Синдром отмены (абстиненция) при опиомании — один из наиболее тяжёлых. Субъективные ощущения опиоманов настолько тяжелы (интенсивные, выкручивающие мышечные боли, судорожные сведения мышц, боли во всём теле, в области сердца, спазмы в животе, рвота и понос, непрерывное чиханье, приступы озноба с профузным потом, а также выраженный психопатологический компонент абстинентного синдрома), что больные не находят себе места, беспокойны, растирают мышцы, пытаются двигаться, но вновь ложатся, беспрестанно меняют позу, просят назначить им что угодно для облегчения состояния. Мало кто из опиоманов в состоянии перенести абстиненцию без медицинской помощи. В абстиненции обостряются имеющиеся хронические заболевания, возможна смерть от острой сердечно-сосудистой недостаточности, инфаркта миокарда.

1. Детоксикация. При наличии объективных признаков синдрома отмены пациенту дают 10 мг метадона. Если симптомы сохраняются по прошествии 4-6 ч, пациенту дают ещё 5-10 мг метадона с повторением дозы каждые 4-6 ч. Суммарная доза в течение 24 ч равняется дозе, применяемой на второй день интоксикации (редко более 40 мг). При синдроме отмены героина метадон следует давать дважды в день в течение одного или нескольких дней со снижением дозы на 5 мг каждый день; синдром отмены метадона может потребовать более медленной детоксикации. При детоксикации пациентов, имеющих зависимость от пентазоцина, можно использовать пентазоцин, так как он одновременно является агонистом и антагонистом

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ 87

опиоидных рецепторов. Для детоксикации опиатов предпринимались попытки использования ряда не содержащих опиаты препаратов; обнадеживающие результаты дало использование клонидина — центрального оуадреностимулятора, наиболее эффективного в отношении таких проявлений синдрома отмены, как тошнота, рвота и диарея (клонидин неэффективен при лечении большинства других симптомов). Клонидин дают по 0,1-0,2 мг каждые 3 ч по необходимости, но его суммарная доза не должна превышать 0,8 мг в день. Дозу следует корректировать в зависимости от тяжести симптомов. После стабилизации дозы её постепенно снижают в течение 2 нед. Побочным эффектом такого лечения является гипотония. Клонидин — препарат кратковременного действия и не является наркотическим средством. Основным способом лечения синдрома отмены являются поддерживающая терапия, детоксикация и последующее использование метадона или полное воздержание. Для пациентов, у которых имеется зависимость от нескольких препаратов (например, от опиатов и седативно-гипнотического средства), следует поддерживать стабильную дозу одного препарата, одновременно с этим продолжая детоксикацию другого. Для ускорения процесса детоксикации вместе с клонидином можно использовать налтрексон (антагонист опиатов пролонгированного действия, применяемый перорально). После окончания детоксикации налтрексон является эффективным средством, помогающим поддерживать полное воздержание в течение 2 мес.

Подразумевается так называемое литическое отнятие наркотика, когда с целью смягчения проявлений абстиненции пациенту дают 1/3-1/4 его разовой дозы того же или сходного по фармакологическому действию наркотика с постепенным снижением дозы. Термин «детоксикация» предполагает удаление из организма токсического вещества с помощью иных фармакологических средств.

2. Терапия метадоном. Основной долговременный метод лечения зависимости — терапия метадоном — представляет собой медленную, продолжительную детоксикацию. Для большинства пациентов может быть достаточно 60 мг метадона в день или меньше. Несмотря на то что данный вид лечения часто

подвергается критике, использование метадоновых поддерживающих программ реально снижает потребление героина. Необходима достаточная доза метадоны; измерение концентрации метадоны в плазме крови может быть эффективно для определения соответствующей дозы.

3. Лечебные коммуны. Программы создания приютов для наркоманов, где делается акцент на полном воздержании и групповой терапии.

III. СЕДАТИВНЫЕ, СНОТВОРНЫЕ И АНКСИОЛИТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Основным осложнением интоксикации седативными, снотворными и анксиолитическими средствами является передозировка с угнетением деятельности ЦНС и дыхания.

Осложнения при этой форме зависимости многочисленны и в целом гораздо более тяжёлые, чем при опиомании. Помимо передозировок с угрозой летального исхода,

88 Глава 5 III А

суицидов, несчастных случаев, а также большой частоты труднокупируемых судорожных припадков и психозов абстиненции (барбитуромания, токсикомания вследствие злоупотребления транквилизаторами), характерно быстрое развитие энцефалопатии и психоорганического синдрома.

Симптомы передозировки отличаются от картины обычного отравления (например, у лиц, совершивших суицидальную попытку); в ряде случаев они купируются спонтанно (подавляющее большинство таких пациентов имеют неоднократные передозировки), но могут привести к летальному исходу.

Несмотря на то что лёгкая интоксикация сама по себе не опасна (если только пациент не управляет машиной и не является оператором технического оборудования), следует всегда рассматривать возможность наличия скрытой передозировки.

Интоксикация седативными, снотворными и анксиолитическими средствами похожа на проявления алкогольной интоксикации, за исключением агрессивных реакций, связанных с характерологическими особенностями, которые в данном случае не типичны. Эти препараты часто используют вместе с алкоголем, а также с другими препаратами, угнетающими ЦНС. Синдром отмены представляет собой опасное состояние и может привести к возникновению делирия или припадков.

Седативные, снотворные и анксиолитические средства — психоактивные препараты, которые наиболее часто прописывают пациентам. Распространённость злоупотребления этими препаратами или зависимости от них составляет 1,1%. Седативные и снотворные средства принимают перорально. Как правило, зависимость возникает лишь после нескольких месяцев ежедневного использования этих препаратов, но при этом значительны индивидуальные вариации. Поскольку большинство этих препаратов употребляется в медицинских целях, они обычно становятся предметом злоупотребления. Многие пациенты среднего возраста, начиная принимать бензодиазепины при бессоннице или тревоге, приобретают зависимость от них и впоследствии обращаются сразу к нескольким врачам, чтобы получить на них рецепт. Седативные и снотворные средства используются нелегально из-за эйфоризирующего эффекта, для усиления воздействия других препаратов, угнетающих ЦНС (опиаты, алкоголь), и для смягчения возбуждения и тревоги, вызванных стимуляторами, например кокаином. Бензодиазепины вытеснили барбитураты по двум причинам: 1) у бензодиазепинов более высокий терапевтический индекс (т.е. смертельная доза значительно превосходит эффективную дозу); 2) барбитураты быстрее бензодиазепинов воздействуют на микросомальные ферменты печени, вызывая физиологическую толерантность.

А. Препараты

1. Бензодиазепины. Диазепам, хлордиазепоксид, флуразепам, лоразепам, алпразолам, триазолам, оксазепам, темазепам и др.

2. Барбитураты. Секобарбитал, пентобарбитал и др.

3. Препараты со сходным воздействием. Мепробамат, метаквалон, глутетимид, этхлорвинол, хлоралгидрат.

Б. Интоксикация. Табл. 5-3. Интоксикация также может вызвать расторможение влечений и амнезию.

В. Синдром отмены. Табл. 5-3. Состояние, представляющее потенциальную угрозу для жизни и часто требующее госпитализации. Индивидуальные различия толерантности

т

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ 89

велики, а дозы, используемые некоторыми пациентами, могут быть очень высокими. Все седативные, снотворные и анксиолитические средства обладают перекрёстной толерантностью друг к другу и к алкоголю. Степень толерантности может быть определена тестом реагирования на пентобарбитал, при помощи которого определяется доза пентобарбитала, необходимая для предотвращения синдрома отмены.

Таблица 5-5. Тест реагирования на пентобарбитал*

1. 200 мг пентобарбитала перорально

2. Наблюдение за пациентом в течение 1 ч для выявления симптомов интоксикации, например сонливости, смазанной речи или нистагма

3. Если интоксикация не наступает, давать 100 мг пентобарбитала каждые 2 ч (максимум 500 мг в течение 6 ч)

4. Суммарная доза, при которой у пациента возникает лёгкая интоксикация, эквивалентна ежедневному количеству принимаемых им барбитуратов

5. На каждые 100 мг пентобарбитала следует давать 30 мг фенобарбитала (у которого более длительный период полувыведения)

6 Снижение дозы приблизительно на 10% ежедневно

7. Изменение дозы в случае, если признаки интоксикации или синдрома отмены все ещё наблюдаются

* Могут также использоваться другие препараты.

IV. СТИМУЛЯТОРЫ (ФЕНАМИН И ВЕЩЕСТВА. СХОДНЫЕ ПО СВОЕМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ С ФЕНАМИНОМ)

Чрезвычайно наркогенны и представляют серьёзную опасность. Наркогенность — способность вызывать наркоманическую зависимость; зависит от многих факторов: вида препарата, способа его введения, дозы, скорости появления симптомов зависимости и др. (высокая наркогенность у опиатов и стимуляторов ЦНС, низкая — у марихуаны). Стимуляторы оказывают сильное аноректическое воздействие. Фенамин обычно принимают перорально, но возможно введение с помощью инъекций или вдыхания через нос. Клинические симптомы, связанные с употреблением фенамина, похожи на симптомы, которые возникают при использовании кокаина, хотя пероральный способ приёма фенамина вызывает не столь быструю эйфорию и, следовательно, менее наркогенен. Наркогенность крайне высока при внутривенном введении фенамина. Обычно фенамином злоупотребляют студенты, водители трейлеров и другие лица, которым необходимы продолжительное пребывание в состоянии бодрствования и поддержание внимания. Фенамин высвобождает дофамин и может вызвать галлюцинации и бред, как при остром шизофреническом эпизоде.

В отличие от других наркоманий, для наркомании стимуляторами ЦНС характерна перемежающаяся форма приёма наркотика, когда периоды систематической наркотизации (обычно многодневные) сменяются периодами воздержания из-за невозможности дальнейшего потребления наркотика (по типу истинных запоев при алкоголизме).

90 Глава 5 VA

A. Препараты

1. Основные амфетамины. Фенамин, декстроамфетамин, метамфетамин,

метилфени-дат, пемолин.

2. Связанные вещества. Эфедрин, фенилпропаноламин, кха, меткатинон.

3. Заменители амфетаминов (самодельные вещества; также классифицируют как галлюциногены). Оказывают нейрохимическое действие как на серотонинергическую, так и на дофаминергическую систему; воздействуют на поведение подобно амфетаминам или галлюциногенам.

В России наиболее распространены такие самодельные препараты, как эфедрон, получаемый из лекарств, содержащих эфедрин (капли и мази от насморка, глазные капли, препараты для лечения бронхиальной астмы) и первитин.

4. «Лёд». Чистая форма метамфетамина (вдыхают, курят, инъектируют). Б. Интоксикация и синдром отмены. Табл. 5-3.

V. КОКАИН

По своим фармакологическим свойствам кокаин сходен с другими стимуляторами, однако его широкое распространение требует отдельного обсуждения. Благодаря своему психоактивному воздействию кокаин использовался на протяжении многих веков. Прежде чем стала известна его высокая наркогенность, он широко применялся в качестве симулирующего и эйфоризирующего средства. Кокаин обычно вдыхают, но используют также для курения и инъекции. Для курения кокаин должен быть очищен. Доступность кокаина (крэк) в маленьких расфасовках по невысокой цене (около 10 долларов за 65-100 мг) в последние годы привела к настоящей эпидемии крэка, разрушительно действующей на общество. Крэк, используемый для курения, действует очень быстро и имеет высокую наркогенность. Типичная картина зависимости, характерная для героина, наблюдается также и при употреблении крэка.

Курение кокаина вызывает эффект, аналогичный тому, который возникает при его внутривенном введении. Наблюдается интенсивная эйфория, существует риск возникновения зависимости после первой дозы. Как и для фенамина, приём кокаина может продолжаться несколько дней. Это частично объясняется тем, что каждая последующая доза вызывает всё больший эйфорический эффект. В течение этого времени наркоман повторяет приём кокаина до тех пор, пока у него не произойдёт истощение или не кончится наркотик. За этим следует период вялости, голода и продолжительного сна, после чего наступает следующий период приёма наркотика. Постоянное употребление вызывает эйфорию, анорексию, гипертермию и сердечно-сосудистые нарушения. Внутривенное применение кокаина сопряжено с теми же опасностями, что и внутривенное введение других наркотиков, включая риск заболевания СПИДом, септицемию и тромбоз вен. Вдыхание кокаина приводит к возникновению ринита, является причиной носовых кровотечений и в некоторых случаях может привести к прободению носовой перегородки. А. Интоксикация кокаином. Табл. 5-3. Может сопровождаться беспокойством, ажитацией, тревогой, многоречивостью, бредом, агрессивностью, повышенной сексуальностью, обострением восприятия, гиперактивностью и другими маниакальными симптомами.

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ 91

(Наиболее привлекательным действием кокаина считают выраженную эйфорию, повышение сексуальности и переживание больших творческих возможностей.)

Соматические симптомы включают тахикардию, гипертензию, расширение зрачков, озноб, анорексию, бессонницу и двигательные стереотипии. Известны случаи внезапной смерти после употребления кокаина вследствие сердечно-сосудистых нарушений и делирия. Возможны бредовые расстройства параноидного характера. Делирий может сопровождаться тактильными или обонятельными галлюцинациями, судорожными припадками и приводить к смерти. Терапия в основном симптоматическая. Для лечения ажитации могут

быть использованы средства физического удержания, бензодиазепины, в тяжёлых состояниях (при делирии или психозе) — небольшие дозы сильнодействующих нейролептиков (только в крайних случаях, поскольку антипсихотические средства могут усилить припадки). Для лечения соматических симптомов (например, тахикардии, гипертензии) можно использовать антагонисты α -адренергических рецепторов α -блокаторы). При этом следует иметь в виду вероятность возникновения соматических осложнений.

Б. Синдром отмены. Наиболее ярким симптомом является настойчивый поиск кокаина. Скорость развития зависимости связана со способом употребления кокаина (более низкая при вдыхании через нос, высокая при внутривенных инъекциях или курении очищенного кокаина). Симптомы отмены включают утомляемость, вялость, тревогу, беспомощность, чувство вины, безнадёжности и собственной никчёмности. Длительное потребление кокаина может привести к депрессии, требующей лечения антидепрессантами. Возможны суицидальные мысли. Симптомы отмены обычно максимально выражены в течение нескольких дней, но синдром отмены (особенно при наличии депрессии) может продолжаться неделями.

VI. КАННАБИС

(марихуана, гашиш, анаша, «план», «дурь», «паль», «травка» и др.)

Около трети американцев пробовали марихуану. Марихуана и гашиш содержат Д-9-тетрагидроканнабинол, который обладает наибольшей эйфоризирующей активностью. Возможно злоупотребление очищенным препаратом. Каннабис обычно курят, но его можно также жевать и принимать с пищей (что тормозит воздействие, но позволяет принимать большие дозы).

А. Интоксикация каннабисом. Симптомы включают эйфорию, дисфорию, тревогу, подозрительность, неуместный смех, дезориентировку во времени, социальное отчуждение, неадекватность оценки происходящего и такие объективные проявления, как инъектированность конъюнктивы, повышенный аппетит, сухость во рту и тахикардия. В зависимости от дозы интоксикация может вызывать гипотермию и лёгкий седативный эффект.

Наиболее привлекательным эффектом интоксикации каннабисом являются безудержное веселье (приступы хохота по малейшему поводу), речевое возбуждение и оживлённая жестикуляция, ощущение необычайной лёгкости тела и движений, искажение восприятия пространства, вызывающее интерес, любопытство, а в более глубокой интоксикации — отрешённость от окружающего мира с грёзоподобными фантазиями.

92 Глава 5 VIIA

Каннабис часто употребляют с алкоголем, а также с кокаином и другими наркотиками. Лечение интоксикации, как правило, не требуется. Интоксикация может вызвать деперсонализацию, в редких случаях — галлюцинации. Часто сопровождается бредом преследования, который, как правило, не требует лечения. При употреблении больших доз может развиваться делирий с паническими симптомами или более длительный психоз (до 6 нед). Длительный приём наркотика может привести к возникновению тревоги или депрессии и апатико-абулического синдрома. Анализ мочи на содержание тетрагидроканнабинола даёт положительные результаты в течение многих дней после интоксикации.

Б. Зависимость от каннабиса. Диагноз зависимости и отмены часто неоднозначен, возможно возникновение психологической зависимости, но даже после его интенсивного использования насильственное воздержание не обязательно вызывает характерный синдром отмены. (Марихуану часто называют «входным» наркотиком, который открывает путь к злоупотреблению так называемыми тяжёлыми наркотиками.)

VII. ГАЛЛЮЦИНОГЕНЫ

Около 10% американцев употребляли галлюциногены, 1-2% в течение

последних 12 мес. А. Препараты

1. Диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД).
2. Псилоцибин (содержится в некоторых видах грибов).
3. Мескалин (содержится в кактусе пейот).
4. Гармин и гармалин.
5. Ибогин.
6. Заменители амфетаминов.

В 80-х годах был распространён корректор экстрапирамидных нарушений — циклодол (паркопан, артан). В настоящее время случаи злоупотребления им редки, однако иногда они встречаются среди подростков. Интоксикация циклодолом характеризуется эйфорией, калейдоскопически сменяющимися зрительными галлюцинациями («щуль-тики показывают») и тематически связанными с ними слуховыми галлюцинациями. При приёме большой дозы возникают аффект страха и циклодоловый делирий. Галлюциногенным свойством обладают и холинолитические средства — астматол, содержащий алкалоиды белладонны, и димедрол.

Б. Общие положения. Галлюциногены обычно едят, высасывают из бумаги (закладывают за щёку) или курят. Эта категория включает целый ряд препаратов, обладающих различными эффектами. Галлюциногены действуют как симпатомиметики и вызывают гипертензию, тахикардию, гипертермию и расширение зрачков. Психологические эффекты колеблются от лёгких изменений восприятия до ярких галлюцинаций; большинство наркоманов испытывают только лёгкие эффекты. Как правило, галлюциногены используют спорадически. Эти наркотики часто применяют вместе с антихолинергическими препаратами.

Л

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ 93

В. Интоксикация галлюциногенами (галлюциноз)

1. Диагноз и симптомы. Возникновение дезадаптивного поведения в состоянии бодрствования (тревога, депрессия, идеи отношения), изменение восприятия (галлюцинации, иллюзии, деперсонализация, синестезии, дереализация), расширение зрачков, тахикардия или сердцебиение, потливость, неясность зрения, тремор и нарушение координации. Панические реакции (тяжёлые видения) могут встречаться даже у опытных наркоманов. Наркоман обычно убеждён в том, что продукты искажённого восприятия являются реальностью. Во время типичного тяжёлого видения наркоман испытывает чувство, что он сходит с ума, повредил мозг и никогда не поправится. Лечение предполагает переубеждение и обеспечение присутствия рядом с пациентом лиц, вызывающих его доверие (друзей, медицинских работников). Как правило, лекарственной терапии не требуется, но если пациент испытывает сильную тревогу, можно назначить бензодиазепины. Если пациент находится в состоянии психоза и ажитации, можно рекомендовать сильнодействующие нейролептики — галоперидол, флуфеназин, тиотиксен (следует избегать применения нейролептиков слабого действия из-за вызываемых ими антихолинергических эффектов). Необходим контроль за окружением пациента, с тем чтобы предотвратить возможные опасные действия, обусловленные серьёзными нарушениями оценки происходящего. Могут потребоваться также средства физического удержания. Иногда наблюдается длительный психоз, напоминающий шизофрениформное расстройство. Отмечаются также бред и расстройства настроения (обычно депрессивного типа).

Г. Постгаллюциногенное расстройство восприятия. Вызывающие дистресс нарушения восприятия после прекращения приёма галлюциногена. Можно назначить низкие дозы бензодиазепинов (при остром эпизоде) или нейролептиков (при устойчивом расстройстве).

VIII. РСР

РСР является диссоциативным анестетиком, вызывающим галлюциногенные эффекты. К группе препаратов аналогичного действия относятся кетамин (кеталар), называемый также «особым К», и 1-пиперидин. РСР часто вызывает паранойю и эпизоды насилия, что нередко делает наркоманов предметом медицинского внимания. А. Интоксикация РСР

1. Диагноз и симптомы. Воинственность, агрессивность, ажитация, импульсивность, непредсказуемость, а также нистагм, повышение артериального давления или усиление сердцебиения, оцепенение или притупление реакции на боль, атаксия, дизартрия, мышечная ригидность, судорожные припадки, гиперактузия. Обычно РСР курят вместе с марихуаной или табаком, но иногда едят, вводят с помощью шприца или вдыхают через нос. РСР чаще употребляют пациенты, у которых наблюдаются необычные эффекты при применении марихуаны или ЛСД. Степень воздействия зависит от дозы. При низких дозах РСР действует как средство, угнетающее ЦНС; вызывает нистагм, неясность зрения, оцепенение и нарушение координации. Средние дозы РСР обуславливают возникновение гипертензии, дизартрии, атаксии, повышение мышечного тонуса (особенно в мышцах лица и шеи),

94 Глава 5 IX

повышение рефлексов и потливость. Высокие дозы РСР вызывают ажитацию, лихорадку, нарушения движений, острый некроз скелетных мышц, миоглобинурию и почечную недостаточность. Передозировка может стать причиной возникновения припадков, тяжёлой гипертензии, профузного пота, гиперсаливации, угнетения дыхания, ступора, комы и смерти. Интоксикация часто сопровождается насильственными действиями. Вследствие анальгезирующего воздействия наркотика пациенты часто не ощущают своего тела и в приступе ажитации и агрессии могут нанести себе серьёзные повреждения. При приёме РСР иногда могут развиваться стойкие психозы (напоминающие шизофрениформное расстройство). Вероятность этого весьма велика среди пациентов, страдающих шизофренией. К другим возможным осложнениям относятся делирий, расстройство настроения и бред.

2. Лечение. Изоляция пациента. Не следует пытаться успокоить пациента, находящегося в состоянии интоксикации, как и в случае с пациентами, страдающими тревожными расстройствами; прежде всего необходимо дождаться прекращения действия РСР. Окисление мочи (с использованием аскорбиновой кислоты или хлористого аммония) может способствовать выведению фенилциклидина. Необходимо провести скрининг на наличие в организме других наркотиков. При острой ажитации надо использовать бензодиазепины. В случае возникновения ажитации и психоза можно применять сильнодействующие нейролептики. При необходимости надо иммобилизовать пациента, чтобы избежать самоповреждения. Как правило, выздоровление наступает быстро. Следует сделать всё возможное для защиты пациента и медицинского персонала. Во всех случаях необходимо установить факт приёма наркотика в качестве причины этих расстройств.

IX. ИНГАЛЯНТЫ

Для достижения психотропных эффектов вдыхают летучие вещества (клеи, растворители, очистители). Большинство из них принадлежит к ароматическим углеводородам: газолин, керосин, вяжущие вещества, изготовленные на основе пластика и резины, авиационный и хозяйственный клей, краски, лаки, эмали, растворители красок, аэрозоли, полироли и т.п. Ингалянты обычно применяют подростки из низших социальных слоев. Некоторые гомосексуалисты используют амилнитриты и бутилнитриты во время полового акта, с тем чтобы усилить оргазм путём вазодилатации, которая вызывает состояние парения, головокружения и эйфории.

Симптомы лёгкой интоксикации идентичны симптомам интоксикации алкоголем, седативными и снотворными средствами. Диагноз требует тщательной проверки. Психологические эффекты включают лёгкую эйфорию,

агрессивность, искажение оценки происходящего и импульсивность.

Наиболее привлекательным при интоксикации считаются эйфория («блаженство») и яркие зрительные галлюцинации устрашающего характера. При этом часто переживаются страх, ужас и в то же время любопытство; галлюцинации принимаются за реальность, но при прекращении ингаляции галлюцинации исчезают и появляется критическое отношение к ним. Интоксикация парами толуола, ацетона, растворителей, некоторых сортов клея сопровождается нарушением сознания по типу оглушения или онейроида.

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ 95

Характерны атаксия, спутанность сознания, дезориентировка, смазанность речи, головокружение, подавление рефлексов и нистагм. Могут наблюдаться делирий и припадки. К возможным токсическим эффектам относятся поражение головного мозга, печени, костного мозга, периферическая невропатия и угнетение иммунной системы.

Наиболее тяжёлыми последствиями хронической интоксикации ингалянтами являются психоорганический синдром и токсическая энцефалопатия, возникающие уже через несколько месяцев (иногда недель) регулярной интоксикации. Появляются ухудшение памяти, трудность концентрации внимания, усвоения нового материала, снижение сообразительности, пассивность, безразличие ко всему, что не связано с интоксикацией, манкирование своими обязанностями, злобность, агрессивность. В последующем появляются постоянная головная боль, головокружение, непереносимость транспорта, нарушения сна, другие неврологические и вегетативные нарушения.

Сведения о синдроме отмены отсутствуют. Краткосрочное лечение заключается в поддерживающей медицинской помощи, например в контроле за уровнем жидкости в организме и артериальным давлением.

Х. КОФЕИН

Кофеин содержится в кофе, чае, шоколаде, какао, коле и других газированных напитках, а также в противостудных лекарственных средствах и в отпускаемых без рецепта стимуляторах. Обычная чашка кофе содержит 100-150 мг кофеина. Чай и кола вдвое слабее. Одна таблетка стимулятора содержит 100 мг кофеина. Интоксикация характеризуется неугомонностью, нервозностью, возбуждением, бессонницей, приливом крови к лицу, повышенным диурезом, желудочно-кишечными расстройствами, мышечными подёргиваниями, беспорядочными мыслями и речью, тахикардией или сердечной аритмией, периодами проявления неистощимой энергии и психомоторной ажитацией. Высокие дозы могут усилить симптомы психических расстройств, например тревоги или психоза. Развивается толерантность. Синдром отмены обычно характеризуется головной болью и продолжается 4-5 дней. Необходимо выяснить все возможные источники попадания кофеина в организм.

ХІ. НИКОТИН

Никотин употребляется при курении и жевании табака.

А. Зависимость от никотина. Развивается быстро и под сильным влиянием окружающей среды. Часто сочетается с зависимостью от других психоактивных веществ, например от алкоголя или марихуаны. Лечение зависимости включает гипноз, аверсион-ную терапию, акупунктуру, никотиновые назальные спреи и жевательные резинки, средства, действующие через кожу (никотиновые пластыри). Отмечаются высокие показатели рецидивности. Курение табака скорее вызывает привыкание, чем его жевание. Курение является причиной возникновения хронических лёгочных заболеваний, рака, ишемической болезни сердца и периферических сосудистых заболеваний. Жевание табака связывают с возникновением периферических сосудистых заболеваний.

Синдром отмены. Характеризуется настойчивыми поисками никотина, раздражительностью, фрустрацией, гневом, тревогой, трудностями при концентрации внимания, беспокойством, брадикардией и повышением аппетита. Синдром отмены никотина сохраняется в течение нескольких недель, часто на фоне симптомов отмены других психоактивных препаратов.

6

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя

I. ВВЕДЕНИЕ

Алкоголь — психоактивное вещество, угнетающее деятельность центральной нервной системы и вызывающее интоксикацию (опьянение); употребляется как психически здоровыми, так и психически больными людьми. Алкоголь — напитки, содержащие этиловый, или винный, спирт, этанол, потребляют более 2/3 американцев. Различия между его приёмом в «нормальных» дозах (в соответствии с принятыми в обществе понятиями об этом) и злоупотреблением обычно расплывчаты, нечётки. Алкоголизмом называют чрезмерное потребление спиртных напитков.

Толкование термина «алкоголизм», под которым понимают любое чрезмерное потребление спиртных напитков, в США шире по сравнению с принятым в России. Возникающие при этом психические расстройства трактуются лишь как последствия алкоголизма. В отечественной же медицинской литературе под алкоголизмом понимают хроническое заболевание, характеризующееся, в частности, появлением изменений психики, болезненным влечением к спиртным напиткам, абстинентным синдромом и др. Разный подход к этой проблеме, возможно, объясняется и различием в традициях потребления спиртного. В США регулярное (и даже ежедневное) употребление небольших доз спиртного не осуждается обществом. В некоторых профессиональных кругах употребление алкогольсодержащих коктейлей, слабоалкогольных напитков или небольших количеств крепких напитков даже в рабочее время — обычное явление. При этом отсутствуют внешние признаки опьянения и какие-либо нарушения поведения. Такая форма потребления — понемногу в течение дня, с возможным небольшим увеличением количества спиртного во время вечеринок — может сохраняться в течение многих лет, нередко количество алкоголя сознательно снижается в пожилом возрасте вплоть до полного отказа от него. Если потребление алкоголя, даже регулярное, остаётся в социально приемлемых рамках и не противоречит нормам данной микросоциальной среды и общества в целом, человек не попадает в поле зрения психиатра. Когда потребление алкоголя становится, по мнению окружающих, чрезмерным, существенно отклоняясь от общепринятых норм и причиняя вред человеку, его семье или обществу в целом, возникает проблема алкоголизма.

Традиции потребления спиртных напитков в нашей стране иные. Хотя употребление днем даже слабоалкогольных напитков, как правило, неприемлемо для большинства работающих людей, частые застолья с обильным возлиянием считаются нормальными для микросоциальной среды с подобными традициями. В такой среде могут быть и больные алкоголизмом, как правило, являющиеся инициаторами застолья и поддерживающие подобные традиции среди собутыльников, у которых ещё нет признаков зависимости.

4—4950

97

98 Глава 6 ІІА

Для ранней диагностики алкоголизма необходимо чёткое определение понятий умеренного потребления алкоголя, злоупотребления им и алкоголизма как заболевания. Умеренным следует считать нерегулярное потребление алкоголя в небольших количествах (обычно не превышающих

физиологическую толерантность) по внешним поводам. Злоупотребление алкоголем (по прежней терминологии, бытовое пьянство) проявляется систематическим потреблением (обычно вечером после работы, перед ужином «для аппетита» и пр.) небольших доз спиртного, его эпизодическим или регулярным приёмом в относительно больших количествах. При этом патологического влечения к алкоголю и других проявлений алкогольной зависимости нет. Злоупотребление алкоголем — ещё не болезнь, а скорее результат влияния микросоциальной среды, её «питейных» традиций. Однако оно чаще всего приводит к формированию зависимости, и его расценивают как предболезнь, преддверие алкоголизма. В некоторых случаях алкоголизация может ограничиться лишь злоупотреблением, перейти в умеренное употребление (например, при смене микросоциальной среды, изменении жизненных обстоятельств, болезни) или смениться полным воздержанием.

Сам по себе алкоголизм не является психическим расстройством, но он приводит к болезненным нарушениям, которые обычно подразделяют на 3 группы:

- 1) нарушения, связанные с прямым воздействием алкоголя на головной мозг (включая алкогольную интоксикацию, синдром отмены, делирий и галлюциноз);
- 2) нарушения, связанные с характером употребления алкоголя (злоупотребление алкоголем и зависимость от него);
- 3) нарушения с устойчивыми последствиями (включая амнестические расстройства, де-менцию, энцефалопатию Вернике и корсаковский синдром).

II. АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ

A. Определение

1. Алкогольная зависимость. Чрезмерное потребление алкоголя, которое наносит ущерб как физическому, так и психическому здоровью человека. Существуют 3 основные формы алкогольной зависимости:

- 1) постоянное употребление алкоголя в больших количествах;
- 2) интенсивное употребление алкоголя по выходным дням или в ситуациях, когда возникают проблемы на работе;
- 3) запои (продолжительностью от нескольких дней до нескольких недель), сменяющиеся длительными периодами воздержания.

Понятие зависимости неразрывно связано с понятиями «алкоголизм» или «хронический алкоголизм», по терминологии отечественных авторов.

2. Злоупотребление алкоголем. Постоянное употребление алкоголя, препятствующее нормальной жизнедеятельности человека, которое впоследствии обычно приводит к зависимости. Как правило, оно характерно и для лиц, чьи проблемы, связанные с потреблением алкоголя, ещё недостаточно серьёзны, чтобы поставить диагноз алкогольной зависимости.

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя 99

Под термином «злоупотребление алкоголем» понимают такое состояние, при котором алкоголизация уже начинает наносить ущерб личности, но дело ещё не дошло до формирования зависимости от спиртного. В специальной литературе отечественными специалистами чаще всего используются аналогичные термины— «бытовое злоупотребление алкоголем» или «бытовое пьянство».

Главным диагностическим критерием алкоголизма считается синдром патологического влечения к алкоголю— крайне интенсивная, труднопреодолимая болезненная потребность в алкоголе (желание выпить, тяга к спиртному). Усиление у пациента влечения к алкоголю сопровождается появлением характерных симптомов.

Б. Эпидемиология

1. Распространённость алкогольной зависимости среди населения составляет 14%.

2. Чаще встречается у мужчин, чем у женщин (2-3:1), но показатели для женщин, возможно, возрастают.

3. Многие мужчины и женщины старше 50 лет предпочитают трезвый образ жизни.

4. В Соединённых Штатах половина всех производимых алкогольных напитков потребляется 10% пьющего населения.

В. Этиология. Алкогольная зависимость имеет тенденцию проявляться у членов одной семьи. У детей алкоголиков имеется повышенный риск в отношении злоупотребления алкоголем вне зависимости от того, воспитывались они своими родителями или нет. Генетические предпосылки развития алкоголизма наиболее сильны для сына, отец которого страдал алкогольной зависимостью. Существуют этнические и культурные различия, связанные с потреблением алкоголя и его воздействием. Например, у многих азиатских народов проявления алкогольной интоксикации (опьянение, покраснение кожи, головокружение, головная боль) появляются даже после минимальных количеств алкоголя. Некоторые представители культурных и этнических групп, например иудеи, протестанты, представители азиатских народов, имеют малую зависимость от алкоголя; другие же группы, к которым относятся коренные жители Америки, эскимосы и некоторые испанские народности, проявляют высокую алкогольную зависимость. Эти данные послужили основой для создания генетической теории этиологии алкоголизма, хотя безусловная причина его возникновения до сих пор не известна. Взаимосвязь с другими психическими расстройствами. Седативный эффект и доступность алкоголя делают его наиболее распространённым психотропным веществом для борьбы с тревогой, депрессией и бессонницей. Однако длительное употребление алкоголя само по себе может вызвать депрессию, а синдром отмены при зависимости — тревогу. Квалифицированная оценка состояния пациентов, страдающих депрессией или тревогой при интенсивном потреблении алкоголя, может потребовать наблюдения и повторного обследования после воздержания в течение нескольких недель. Многие пациенты, страдающие психозами, прибегают к самолечению алкоголем, когда предписанные им лекарственные средства не дают ожидаемого эффекта или оказываются недоступными. У пациентов с маниакально-депрессивными расстройствами интенсивное потребление алкоголя может привести к маниакальному эпизоду. Среди пациентов с личностными расстройствами антисоциальные лица наиболее подвержены устойчивой зависимости от алкоголя. Злоупотребление алкоголем распространено среди лиц, употребляющих другие психоактивные вещества; особенно тесная связь существует между злоупотреблением алкоголем и курением.

100 Глава 6 ПГ

Злоупотребление алкоголем пациентами с эндогенными психическими заболеваниями определяют термином «симптоматическая алкоголизация». Как правило, она имеет иные закономерности развития, чем обычная алкогольная зависимость, атипичную клинику и течение.

Г.	Диагноз	и	симптомы

1. Алкогольная зависимость. Обычно у пациента наблюдаются связанные с употреблением алкоголя нарушения как минимум в одной из следующих сфер: работа или учёба; здоровье; взаимоотношения в семье; социальные контакты (предпочтение компании пьющих друзей); юридические проблемы (например, задержания за управление автомобилем в нетрезвом виде или за преступления, связанные с употреблением алкоголя).

Основной акцент в приведённых диагностических критериях делается на социальные последствия алкоголизма, которые обычно возникают на отдалённых этапах заболевания (как правило, на II и III стадиях), в

отечественной психиатрии очень важное значение придаётся ранней диагностике заболевания как в медицинском, так и в социальном аспекте. Ниже приводятся ранние признаки алкоголизма с использованием общепринятых в отечественной психиатрии терминов.

В соответствии с МКБ-9 клинические проявления алкоголизма подразделяются на 3 стадии:

I стадия:

- 1) первичное патологическое влечение к алкоголю;
- 2) утрата количественного контроля;
- 3) рост толерантности к алкоголю;
- 4) алкогольная амнезия.

II стадия:

- 1) алкогольный абстинентный синдром;
- 2) псевдозапой или постоянное злоупотребление алкоголем;
- 3) заострение преморбидных личностных особенностей.

III стадия:

- 1) снижение толерантности к алкоголю;
- 2) истинные запои или сохранение постоянного злоупотребления алкоголем;
- 3) алкогольная деградация личности.

В зависимости от сроков формирования алкоголизма (переход от I к III стадии) и степени выраженности социальных и соматических последствий выделяют 3 степени прогрессивности алкоголизма: низкую, среднюю и высокую.

Толерантность. Возникающая со временем необходимость потребления большего количества алкоголя для достижения прежнего эффекта его воздействия. Наличие толерантности (особенно выраженной) обычно указывает на зависимость. При употреблении алкоголя часто отмечается низкая толерантность; случаи возникновения значительной толерантности, как при использовании опиатов или барбитуратов, нетипичны. У разных пациентов толерантность различна {известны случаи 10-кратного и более возрастания толерантности по сравнению с изначальной}. Зависимость может стать очевидной для пациента с выраженной толерантностью только тогда, когда он вынужден прекратить употребление алкоголя и у него возникают при этом симптомы отмены.

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя 101

Таблица 6-1. Диагностические критерии алкогольной зависимости или зависимости от другого психоактивного вещества по DSM-IV

А. По меньшей мере 3 симптома из следующих:

1. Вещество часто потребляется в больших количествах или дольше, чем хотелось бы пациенту

Так называемый симптом утраты количественного (более ранний признак заболевания) и ситуационного (более поздний признак) контроля за потреблением алкоголя

2. Устойчивое желание либо одна или несколько безуспешных попыток прекратить или контролировать употребление вещества

3. Большое количество времени затрачивается на то, чтобы достать вещество (например, путём воровства, результат компульсивного влечения), потреблять вещество (например, непрерывное курение) и прийти в «норму» после его воздействия (на I стадии после алкогольного опьянения возникает астенический синдром, на II и III— абстинентный синдром)

4. Частая интоксикация или симптомы отмены в периоды, сопряжённые с необходимостью выполнения основных обязанностей на работе, в учёбе или в семье (например, пациент не ходит на работу из-за похмелья, находится в учебном заведении или на работе в состоянии опьянения, пребывает в опьянённом состоянии, ухаживая за своими детьми), или когда потребление психоактивного вещества физически опасно (например, вождение автомобиля в состоянии опьянения)

Утрата ситуационного контроля, т.е. приём алкоголя в неподобающих ситуациях

5. Отказ от осуществления или ограничение важных видов деятельности, связанных с выполнением социальных обязанностей, работой и здоровьем

Социально-медицинские последствия заболевания

6. Постоянное потребление вещества, несмотря на осознание собственных устойчивых или периодических социальных, психологических или связанных со здоровьем проблем, обусловленных или обострившихся под воздействием потребляемого вещества (например, пациент продолжает потреблять героин, несмотря на увещевания семьи, или продолжает потреблять кокаин, несмотря на вызванную им депрессию, либо продолжает пить, несмотря на вызванное алкоголем обострение язвенной болезни)

7. Выраженная толерантность: необходимость потребления вещества в значительно больших количествах, чем прежде (увеличение количества по меньшей мере на 50%), чтобы достичь опьянения или желаемого эффекта, или значительное ослабление эффекта при продолжительном использовании вещества в прежнем количестве

8. Характерные симптомы отмены (свойственны II и III стадиям заболевания)

9. Вещество часто принимается с целью облегчить симптомы отмены или избежать их возникновения Б. Несколько из перечисленных симптомов устойчиво сохраняются на протяжении более 11 мес или

постоянно возникают в течение более длительного времени

102 Глава 6 III

В отечественной психиатрии толерантность трактуется не как необходимость потребления большого количества алкоголя, а как способность переносить его возросшие количества. Это определяется изменённой реактивностью организма. Необходимость потребления алкоголя многие авторы связывают с синдромом физической зависимости. Физиологическая толерантность определяется минимальным количеством алкоголя, способным вызвать опьянение у трезвого (не употребляющего алкоголь) человека, она индивидуальна и варьирует в определённых пределах. При алкоголизме диагностическое значение имеет изменение толерантности к алкоголю: она возрастает на I стадии в 2-5 раз по сравнению с изначальной (физиологической), стабилизируется на II стадии и прогрессивно снижается на III стадии алкоголизма.

2. Злоупотребление алкоголем

Таблица 6-2. Диагностические критерии злоупотребления алкоголем или другим психоактивным веществом по DSM-IV

А. Дезадаптивная форма употребления психоактивного вещества, определяемая по меньшей мере одним из следующих симптомов:

1 Постоянное потребление вещества, несмотря на осознание собственных устойчивых или периодических социальных, психологических или связанных со здоровьем проблем, обусловленных или обострившихся под воздействием потребляемого вещества 2. Периодическое использование вещества в ситуациях, при которых его употребление может быть

физически опасным (например, управление автомобилем в состоянии опьянения) Б. Несколько симптомов расстройства устойчиво сохраняются на протяжении не менее 1 мес или периодически проявляются в течение более длительного времени

В. Состояние пациента никогда не соответствовало критериям зависимости от данного психоактивного вещества

3. Обследование. Квалифицированная оценка состояния пациента, потребляющего алкоголь, требует определённой опытности со стороны оценивающего. Многие люди склонны преуменьшать количество алкоголя, которое они потребляют. При сборе данных о потреблении алкоголя необходимо строить вопросы так, чтобы получить правильные ответы.

Например, вместо вопроса «вы пьёте спиртное?» следует задавать вопрос «сколько спиртного вы пьёте?». Лучше понять состояние пациента позволяют следующие вопросы: часто ли пациент пьёт по утрам; часто ли у него бывают вызванные приёмом алкоголя провалы в памяти (амнезия на периоды алкогольного опьянения); насколько часто друзья или родственники просили его бросить пить. Всегда следует обращать внимание даже на едва заметные симптомы злоупотребления алкоголем и выяснять, было ли употребление других веществ, отмечались ли у пациента несчастные случаи (травма головы, переломы рёбер, транспортные происшествия), часто ли он принимает участие в драках, часто ли отсутствует на работе, существуют ли у него социальные или семейные проблемы. Д. Лечение. Цель терапии заключается в том, чтобы как можно более длительно поддерживать состояние абсолютной трезвости. Часто наблюдаются рецидивы. Первичная помощь при алкогольном опьянении включает дезинтоксикацию, при необходимости

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя 103

госпитализацию и снятие симптомов отмены. Сопутствующие психические расстройства следует лечить тогда, когда пациент находится в трезвом состоянии.

1. Адекватная самооценка. Крайне необходима для пациентов, страдающих алкоголизмом, но часто труднодостижима. Пациент должен признать, что у него существуют проблемы, связанные с потреблением алкоголя. Перед тем как побудить его к сотрудничеству в борьбе с недугом, врачу, возможно, придётся преодолеть полное отрицание пациентом тяжести своего состояния. Часто для этого требуется помощь членов семьи пациента, его друзей, сослуживцев и других лиц, пользующихся его доверием. Пациента следует предупредить о возможности крушения карьеры, потери семьи и здоровья, если он будет продолжать пить. Для лечения используется индивидуальная психотерапия, но групповая психотерапия может быть более эффективной. Групповая психотерапия также может оказаться более предпочтительной для пациентов, которые рассматривают алкогольную зависимость как социальную, а не как личную проблему.

2. Анонимные алкоголики (АА) и Al-anon. Привлечение поддерживающих организаций, таких, как АА (для пациентов) и Al-anon (для супругов и супруг пациентов), может быть эффективным для формирования трезвого образа жизни и содействия в решении возникающих проблем. В АА делается акцент на неспособности одного человека справиться с зависимостью от алкоголя и необходимости вовлечения его в группу для поддержки и взаимопомощи; в АА также применяют многие методы групповой психотерапии.

В России также широко применяют ряд психотерапевтических методик: суггестивных (гипноз) и аутосуггестивных (аутогенная тренировка), поведенческой терапии (ситуационный тренинг), гештальт-терапии, нейролингвистического программирования и др.

3. Психосоциальное вмешательство. Часто необходимо и очень эффективно. Семейная терапия должна быть ориентирована на разъяснение пациенту, как его пристрастие к алкоголю влияет на других членов семьи. Пациента следует заставить отказаться от убеждения, что он имеет право пить, и признать разрушительное воздействие пьянства на семью.

4. Психофармакотерапия

а. Дисульфирам (тетурам, антабус) — 125-500 мг дисульфирама в день, если требуется заставить пациента оставаться трезвым. У принимающих дисульфирам возникают крайне неприятные реакции даже на незначительные количества алкоголя. Эти реакции, вызванные аккумуляцией ацетальдегида, включают прилив крови, гиперемию и пульсацию в голове и шее, головную боль, одышку, гипервентиляцию, тахикардию, гипотензию, потливость, тревогу, слабость, иногда обморок. Возможны угрожающие жизни осложнения, хотя они возникают нечасто. Дисульфирам следует применять

непродолжительное время, чтобы создать основу для модели трезвости и изменить механизмы адаптации в отношении употребления алкоголя.

б. Налтрексон помогает снизить влечение к алкоголю, возможно, посредством блокировки высвобождения эндогенных опиатов. Это способствует достижению

104 Глава 6 НЕ

воздержания, предотвращая рецидивы и уменьшая потребление алкоголя. Для большинства пациентов рекомендуется ежедневная доза 50 мг.

в. Литий, возможно, эффективен для сохранения воздержания у злоупотребляющих алкоголем или имеющих зависимость от него, а также при лечении депрессии у больных алкоголизмом. 5. После лечения. Многие специалисты рекомендуют пациентам, преодолевшим зависимость от алкоголя, сохранять трезвость в течение всей жизни и отговаривают

их от попыток научиться «пить нормально». (Правило АА: «Первый глоток алкоголя

приведёт к рецидиву».)

Даже при многолетнем воздержании нельзя считать, что пациент излечился от алкоголизма, можно лишь констатировать длительную ремиссию. Известны случаи рецидивов после 10 лет воздержания и более. Пациент не обязательно сорвётся уже после первой рюмки, чаще это происходит после превышения определённой индивидуальной пороговой дозы.

Е. Соматоневрологические осложнения. Алкоголь оказывает токсическое воздействие на многие системы организма. Осложнения, вызванные хроническим злоупотреблением алкоголем, зависимостью от него (или сопровождающей его недостаточностью питания), включают атрофию головного мозга, мозжечковую дегенерацию, эпилепсию, невропатию периферических нервов, кардиомиопатию, миопатию, алкогольный гепатит, цирроз печени, гастрит, панкреатит, пептическую язву и ряд других заболеваний ЖКТ. Помимо этого, хронический алкоголизм часто сопровождается дефицитом питательных веществ, недостаточностью тиамина, витамина В12, никотиновой кислоты, фолиевой кислоты (фолатов). Алкоголь, потребляемый во время беременности, оказывает токсическое воздействие на развивающийся плод, что может стать причиной врождённых аномалий, а также алкогольного синдрома у плода.

III. АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ (алкогольное опьянение)

А. Определение. Состояние с дезадаптивными изменениями поведения, возникающее после потребления определённого количества алкоголя.

Б. Диагноз и симптомы. Лёгкая алкогольная интоксикация может вызвать релаксацию, разговорчивость, эйфорию или расторможенность влечений; тяжёлая алкогольная интоксикация обычно приводит к серьёзным дезадаптивным изменениям, таким, как агрессивность, раздражительность, лабильность настроения, снижение способности к умозаключениям, нарушение трудовой деятельности и др.

При опьянении выявляется по меньшей мере один симптом из следующих: смазанная речь, нарушение координации движений, неустойчивая походка, нистагм, расстройство памяти, ступор (обездвиженность) и покраснение лица. Тяжёлая алкогольная интоксикация может привести к психомоторной заторможенности, провалам памяти и, наконец, оглушению, коме и смерти. Часто алкогольная интоксикация приводит к несчастным случаям на транспорте, травмам головы, переломам рёбер, преступным действиям, в том числе убийствам, а также самоубийствам.

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя 105

Важным для экспертной оценки алкогольного опьянения является разграничение простого и патологического (психотического) опьянения. При патологическом опьянении возникают глубокое расстройство сознания или

галлцинаторно-параноидные нарушения.

1. Обследование. Необходимо провести тщательное соматоневрологическое обследование пациента, учитывая возможность субдуральной гематомы и сопутствующей инфекции. Всегда следует обследовать пациента на предмет интоксикации несколькими веществами. Алкоголь нередко используется в сочетании с другими психоактивными препаратами, такими, как бензодиазепины или барбитураты. При этом эффект их действия может суммироваться и привести к роковым последствиям.

Пациенты принимают транквилизаторы, барбитураты и другие седативные средства вместе с алкоголем для более выраженного опьянения или его пролонгирования, для купирования абстинентного синдрома (например, если количество алкоголя недостаточно или он не полностью купирует все симптомы). Иногда пациенты, злоупотребляющие бензодиазепинами или снотворными, для маскировки интоксикации этими препаратами принимают алкоголь «для запаха». При зависимости и от алкоголя, и от седативно-снотворных средств речь идет о политоксикомании.

Оценка психического состояния пациента и диагностика сопутствующих психических расстройств, как правило, требуют повторного обследования в трезвом состоянии, поскольку почти любой психический симптом может обостриться при алкогольной интоксикации. Определение уровня алкоголя в крови пациента редко имеет значение при клиническом обследовании (за исключением определения степени интоксикации в правовых целях), поскольку толерантность может быть различной.

2. Идиосинкразическое алкогольное опьянение. Деадаптивное поведение (часто с агрессивностью в отношении окружающих) после употребления небольшого количества алкоголя, которое не оказало бы опьяняющего воздействия на большинство людей, т.е. патологическое опьянение. Поведение в этом состоянии не типично для пациента, когда он трезв. Редко встречающееся состояние, вызывающее дискуссии. Идиосинкразическому алкогольному опьянению более подвержены пациенты с поражением головного мозга (например, после энцефалита, травм).

В. Лечение

1. Обычно поддерживающее.

2. Можно назначить парентеральное питание (особенно с добавлением витамина В12, фолатов).

3. Может потребоваться наблюдение за пациентом для предупреждения возможных осложнений (агрессивность, кома, травма головы, падение).

Г. Провалы памяти (амнезия), обусловленные алкоголем. Полная антероградная амнезия на период алкогольного опьянения, в течение которого пациент находился в состоянии бодрствования и полного осознания окружающей действительности (более лёгкий вариант — частичная амнезия, или палимпсест). В эти периоды, которые иногда продолжаются днями, опьяневший может совершать сложные действия, например путешествовать на дальние расстояния, но впоследствии не может вспомнить события, которые с ним происходили. Пациенты с повреждениями головного мозга могут быть более подвержены этому расстройству.

106 Глава 6 IV

IV. ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО С ГАЛЛЮЦИНАЦИЯМИ, ВЫЗВАННОЕ АЛКОГОЛЕМ

По прежней терминологии, алкогольный галлюциноз. Выделяют острый и хронический алкогольный галлюциноз. Яркие, стойкие галлюцинации (чаще зрительные и слуховые), не сопровождающиеся делирием, которые возникают (обычно в течение 2 дней) у пациента с алкогольной зависимостью после сокращения количества потребляемого алкоголя. Галлюциноз может перейти в хроническую форму, которая имеет клиническое сходство с шизофренией. Встречается редко. Соотношение у мужчин и женщин составляет 4:1.

Расстройство обычно возникает у пациентов с давностью заболевания не менее 10 лет. Если наблюдается ажитация (беспокойство), лечение включает использование бензодиа-зепинов, например лоразепама по 1-2 мг внутрь или е/м, диазепама по 5-10 мг внутрь, или низкие дозы сильнодействующих нейрорепрессантов, таких, как галоперидол по 2-5 мг внутрь или при необходимости е/м каждые 4-6 ч.

V. АЛКОГОЛЬНЫЙ СИНДРОМ ОТМЕНЫ

Возникает в течение нескольких часов после прекращения длительного (как минимум в течение нескольких дней) интенсивного потребления алкоголя или резкого уменьшения его количества. Для подтверждения диагноза у пациента должно наблюдаться по меньшей мере 2 симптома из следующих: вегетативная реакция, тремор рук, бессонница, тошнота или рвота, транзиторные иллюзии или галлюцинации, тревога, большие судорожные припадки и психомоторное возбуждение. Может сопровождаться нарушениями восприятия, например галлюцинациями, с сохраненным восприятием действительности.

Понятия «синдром отмены» и «абстиненция» различаются. Синдром отмены — это комплекс психических, неврологических и соматовегетативных нарушений после прекращения интенсивной алкоголизации или уменьшения количества алкоголя; абстиненция — полное воздержание от употребления алкоголя (трезвость). Алкогольный синдром отмены обозначается в России как алкогольный абстинентный синдром (ААС) и не считается самостоятельным видом психических расстройств. ААС описывается в рамках алкоголизма (алкогольной зависимости) лишь как один из синдромов, характеризующих данное заболевание. При описании ААС обычно выделяют его психопатологический, вегетативный и соматический компоненты.

VI. АЛКОГОЛЬНЫЙ СИНДРОМ ОТМЕНЫ С ДЕЛИРИЕМ (delirium tremens)

Обычно наблюдается у пациентов с длительной зависимостью, соматоневрологическими нарушениями и возникает после недавнего прекращения интенсивного потребления алкоголя или уменьшения его количества. Встречается реже, чем неосложнённый алкогольный синдром отмены.

В России отсутствует характерная для Запада традиция описания алкогольного делирия как составного элемента синдрома отмены (абстинентного синдрома). Делирий

т

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя 107

рассматривается отдельно от синдрома отмены и вместе с описанным выше галлюцинозом, а также входит в группу алкогольных психозов с рядом других психотических состояний.

А. Диагноз и симптомы

1. Делирий.

2. Выраженная вегетативная реакция: тахикардия, потливость, повышение температуры тела, бессонница.

3. Ассоциированные симптомы: яркие галлюцинации, которые могут быть зрительными, тактильными или обонятельными; ажитация; тремор; лихорадка; припадки или так называемые алкогольные пароксизмы (припадки всегда возникают до делирия).

4. Типичные симптомы: параноидный бред, зрительные галлюцинации в виде насекомых или мелких животных и тактильные галлюцинации.

Б. Соматоневрологическое обследование

1. Составление полной истории болезни и выявление факторов, которые могли повлиять на состояние пациента.

2. Лабораторные тесты: клинический анализ крови с определением содержания электролитов, кальция, магния, общее биохимическое исследование крови с определением уровней билирубина, азота мочевины

крови, креатинина, глюкозы (натощак), сывороточного альбумина, сывороточной амилазы, общего белка, витамина В₁₂ и фолатов, определение протромбинового времени, титра антигена гепатита В, исследование функции печени, анализ мочи, скрининг мочи на содержание психоактивных веществ, электрокардиография и рентгенография грудной клетки. Другие возможные методы исследования: электроэнцефалография, поясничная пункция, компьютерная томография черепа и серия тестов функционирования ЖКТ.

В. Лечение

1. Контроль за показателями жизненно важных функций каждые 6 ч.
2. Постоянное наблюдение за пациентом.
3. Устранение воздействия раздражающих факторов.
4. Корректировка нарушений электролитного баланса и лечение сопутствующих делирию соматических нарушений, например инфекции, травмы головы.
5. В случае обезвоживания пациента — гидратация.
6. Хлордиазепоксид по 25-100 мг внутрь каждые 6 ч (обычно используют хлордиазепоксид, но можно применять и другие транквилизаторы). Препараты используются по мере необходимости при ажитации, треморе или усилении вегетативных проявлений (повышение температуры, тахикардия, повышение артериального давления).
7. Тиамин по 100 мг внутрь 1-3 раза в день.
8. Ежедневно фолиевая кислота по 1 мг внутрь.
9. Ежедневно поливитамины.
10. Сульфат магния по 1 г в/м каждые 6 ч на протяжении 2 дней (для пациентов, у которых припадки возникали после синдрома отмены).
11. После стабилизации состояния пациента уменьшение дозы хлордиазепоксида на 20% каждые 5-7 дней.
12. Лекарственные средства для обеспечения полноценного сна.
13. По показаниям компенсация недостатка питания.

108 Глава 6 VIIA

14. Этот режим даёт возможность очень гибкого изменения дозы хлордиазепоксида. Суммарную дозу бензодиазепамина следует подбирать индивидуально для каждого пациента с учётом функциональных особенностей организма, количества потреблённого алкоголя и параллельного использования других психоактивных веществ. Поскольку у многих пациентов отмечаются нарушения функции печени, могут возникнуть сложности при определении периода полувыведения седативного средства.

15. В целом следует избегать использования нейролептиков, поскольку они могут способствовать возникновению припадков. Если пациент находится в состоянии ажитации, психоза и при этом у него наблюдаются симптомы интоксикации бензо-диазепинами (атаксия, смазанная речь), следует рассмотреть возможность применения сильнодействующих нейролептиков, таких, как галоперидол или флуфеназин, при использовании которых риск возникновения припадков ниже, чем при применении нейролептиков слабого действия.

Отечественные специалисты при терапии таких состояний используют растворы для парентерального введения, целый ряд детоксицирующих средств (например, уттиол), препараты калия, диуретики, гепатопротекторы, сердечно-сосудистые средства, препараты пирогенного действия (сульфозин, пирогенал), витамины в более широком наборе, чем это предлагают авторы.

VII. СТОЙКОЕ АМНЕСТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО, ВЫЗВАННОЕ АЛКОГОЛЕМ

Нарушение памяти на недавние события, обусловленное длительным интенсивным употреблением алкоголя; редко встречается у лиц моложе 35 лет. Классические названия этого расстройства — энцефалопатия Вернике (ряд острых неврологических симптомов) и корсаковский синдром

(хроническая форма).

А. Энцефалопатия Вернике (алкогольная энцефалопатия, острая алкогольная энцефалопатия Гайе—Вернике). Острый синдром, вызванный недостаточностью тиамин, с нистагмом, офтальмоплегией, атаксией и спутанностью сознания. Другие симптомы — конфабуляции («воспоминание» вымышленных событий), сонливость, индифферентность, лёгкая форма делирия, тревожная инсомния или страх темноты. Недостаточность тиамин обычно обусловлена хронической алкогольной зависимостью. Лечение тиамин-ом должно продолжаться до полного исчезновения офтальмоплегии. Возможно введение магния (кофактора тиамин). Лечение поддается большинство симптомов, кроме атаксии, нистагма и иногда периферической невропатии. Этот синдром может пройти в течение нескольких дней или недель либо трансформироваться в корсаковский синдром.

Б. Корсаковский синдром (корсаковский психоз). Хроническое состояние, обычно связанное с алкогольной зависимостью, когда алкоголь на протяжении нескольких лет является одним из основных источников энергии. Расстройство вызвано недостаточностью тиамин. Встречается редко, сопровождается ретроградной и антероградной амнезией. Часто наблюдаются конфабуляции, дезориентировка и полиневрит. Кроме возмещения тиамин, до некоторой степени могут быть эффективны клонидин и про-пранолол. Часто сосуществует с алкогольной деменцией.

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя 109

VIII. СТОЙКАЯ ДЕМЕНЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ АЛКОГОЛЕМ

Этот диагноз следует ставить, когда исключается любая другая причина деменции и очевидно длительное и интенсивное потребление пациентом алкоголя. Симптомы деменции сохраняются после интоксикации или исчезновения синдрома отмены. Деменция, как правило, лёгкая. Лечение такое же, как и при деменции другой этиологии.

При алкоголизме, не осложненном дополнительными экзогенно-органическими факторами, развивается обычно неглубокая, парциальная деменция. В отечественной литературе термин «деменция при алкоголизме» используется крайне редко. Имеющиеся у больных интеллектуально-мнестические расстройства описываются в таком случае в рамках алкогольной деградации личности, хронической алкогольной энцефалопатии или психоорганического синдрома при алкоголизме. Глубокая, тотальная деменция с полной беспомощностью больного для чистого алкоголизма не характерна. Она является обычно следствием дополнительного влияния интоксикаций, травм черепа, нейро-инфекций и др.

Выделяют и другие клинические варианты острых состояний при алкоголизме: бредовой (параноидный) психоз, алкогольный бред ревности, шизофреноподобный алкогольный психоз, алкогольная депрессия и др.

т

Шизофрения

I ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Шизофрения — заболевание, протекающее с психотическими симптомами, которые значительно нарушают поведение больного, изменяют его мышление, эмоциональные реакции, восприятие окружающего. Этиология шизофрении неизвестна. Болезнь протекает хронически и нередко имеет фазы — продромальную, активную (часто с бредом и галлюцинациями) и резидуальную, во время которой наступает ремиссия.

II. ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

В 1857 г. шизофрению впервые подробно описал французский психиатр Б. Морель, который назвал её ранним слабоумием — *démence précoce*. В 1898 г. немецкий психиатр Э. Крепелин использовал термин *dementia praecox* для обозначения группы заболеваний, которые начинаются в подростковом возрасте. В 1911 г. швейцарский психиатр Э. Блейлер ввёл термин

«шизофрения». У этого заболевания нет патогномоничных симптомов, диагноз ставится по результатам всестороннего обследования психического состояния пациента. В настоящее время используют диагностические критерии шизофрении по DSM-IV (табл. 7-1). Критерии болезни, сформулированные Э. Крепелином, Э. Блейлером (так называемые четыре «а») и К. Шнейдером (симптомы первого и второго ранга) хотя и используются в психиатрической практике (табл. 7-2—7-4), но применяются менее широко, чем критерии DSM-IV.

III. ДИАГНОЗ И СИМПТОМЫ

Диагноз шизофрении является феноменологическим и основывается на результатах наблюдения за пациентом и описания им собственных ощущений и переживаний.

А. Снижение общего функционирования. У больных значительно понижается имевшийся до болезни уровень активности, однако следует учитывать, что в ряде случаев у них изначально имеется недостаточно выраженная способность к активной деятельности.

Б. Патологическое изменение содержания мышления. Бред, в том числе идеи отношения, бедность содержания мыслей и др.

В. Нелогичность мышления. Беспорядочность, разорванность, инкогерентность (бессвязность), обстоятельность, поверхностность, неологизмы, соскальзывание и обрывы мыслей, эхолалия и др. (все перечисленные симптомы относятся к расстройству мышления).

Г. Искажение восприятия. Галлюцинации — зрительные, обонятельные, тактильные, слуховые и др.

Д. Аффективные изменения. Обеднение, притупление эмоций, дурашливость, лабильность, неадекватность эмоций и др.

111

112 Глава 7 III Д

Таблица 7-1. Диагностические критерии шизофрении по DSM-IV

А. Характерные симптомы. В течение 1 мес активной фазы наблюдается не менее 2 из следующих симптомов:

1. Бред
2. Галлюцинации
3. Дезорганизованная речь (например, частые соскальзывания или инкогерентность)
4. Крайне дезорганизованное или кататоническое поведение
5. Негативные симптомы, т.е. обеднение эмоций, абулия и др.

Примечание. Достаточно 1 симптома из критерия А, если бред причудливый или галлюцинации проявляются в виде голоса, который непрерывно комментирует поведение или мысли больного, либо в виде нескольких голосов, разговаривающих друг с другом

Б. Социально-трудовая дезадаптация. После начала болезни отмечается выраженное по сравнению с преморбидным состоянием снижение функционирования в одной или нескольких важных сферах жизнедеятельности, таких, как работа, взаимоотношения с людьми, самообслуживание, которое может наступить ещё до появления выраженных симптомов заболевания. Если болезнь возникает в детском или подростковом возрасте, то больные не достигают необходимого уровня активности в сфере межличностных отношений, учебной или трудовой деятельности

В. Продолжительность. Симптомы болезни устойчивы и сохраняются в течение не менее 6 мес. В этот период проходит активная фаза (около 1 мес или меньше, при успешном лечении), в течение которой наблюдаются симптомы критерия А, а также фазы продромальных и резидуальных симптомов. Продромальный и резидуальный периоды могут включать либо только негативные симптомы, либо не менее 2 из перечисленных в критерии А симптомов в лёгкой форме (например, странные убеждения, необычные

вщущения)

Г. Шизоаффективные расстройства и расстройства настроения отсутствуют. Шизоаффективное расстройство и расстройство настроения с психотической симптоматикой исключены, поскольку ни выраженное депрессивное, ни маниакальное, ни смешанное состояние не возникало одновременно с симптомами активной фазы, а если и возникало, то его продолжительность была невелика по сравнению с продолжительностью активного и резидуального периодов

Д. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, соматическим или неврологическим заболеванием исключены. Заболевание не имеет прямой связи с воздействием психоактивного вещества (например, при злоупотреблении наркотиком, лекарственным средством) и не обусловлено соматическим или неврологическим заболеванием

Е. Сочетание с глубоким расстройством развития личности. При аутистическом или другом глубоком расстройстве психики в анамнезе диагноз шизофрении ставится только тогда, когда на протяжении не менее 1 мес (или меньше при успешном лечении) имеются выраженные бредовые или галлюцинаторные состояния

Классификация по длительности течения (может применяться только по прошествии не менее 1 года после возникновения симптомов активной фазы):

Эпизодическое течение с межприступными резидуальными симптомами (начало эпизода определяется появлением выраженной психотической симптоматики); уточните, имеются ли выраженные негативные симптомы

Эпизодическое течение без межприступных резидуальных симптомов

Непрерывное течение (психотические симптомы сохраняются в течение всего периода наблюдения

за пациентом); уточните, имеются ли выраженные негативные симптомы

Отдельный эпизод при неполной ремиссии; уточните, имеются ли выраженные негативные симптомы

Отдельный эпизод при полной ремиссии Другой или неуточнённый тип

Шизофрения 113

Таблица 7-2. Критерии Э. Крепелина

Нарушение внимания и понимания

Галлюцинации, в особенности слуховые (голоса)

Звучание мыслей (эхо мыслей)

Ощущение воздействия на мысли

Нарушение течения мыслей, прежде всего непоследовательность, разорванность мышления

Нарушение когнитивной (познавательной) функции и способности к суждениям

Обеднение аффекта

Признаки нарушения поведения

Снижение побуждений

Пассивная подчиняемость

Эхолалия, эхопраксия

Агрессивность

Кататоническое возбуждение

Стереотипия

Негативизм

Аутизм Нарушение вербального выражения мыслей

Таблица 7-3. Симптомы-критерии Э. Блейлера*

Основные, или фундаментальные, нарушения Расстройства мышления (ассоциативного процесса)

Аффективные нарушения Нарушения самовосприятия Нарушения волевой сферы и поведения Амбивалентность Аутизм

Дополнительные симптомы Расстройства восприятия (галлюцинации) Бред

Некоторые нарушения памяти Изменения личности Изменения речи и письма
Соматические симптомы Кататонические симптомы Острый синдром
(меланхолический, маниакальный, кататонический и др.)

* Четыре «а» Блейлера: ассоциации, аффект, амбивалентность, аутизм.

114 Глава 7 НІЕ

Таблица 7-4. Критерии К. Шнейдера

Симптомы первого ранга

Звучание мыслей

Спорящие и (или) обсуждающие голоса

Комментирующие голоса

Ощущение соматической беспомощности

Отчуждение мыслей и другие ощущения воздействия на мышление*

Передача мыслей на расстоянии

Бредовое восприятие

Другие ощущения, включающие «сделанный» волевой акт, «сделанный» аффект и «сделанные» желания. Симптомы второго ранга

Другие расстройства восприятия

Внезапно возникающие бредовые идеи

Растерянность

Депрессивные и эйфорические изменения настроения

Ощущение эмоционального истощения

Некоторые другие симптомы

* Первоначально симптом «вкладывание мыслей» был включён в критерий «другие ощущения воздействия на мышление».

Е. Нарушение самовосприятия. Утрата границ своего «я», нарушение осознания своей половой принадлежности, неспособность отличить внутренний мир от внешней реальности и др.

Ж. Волевые изменения. Неадекватные побуждения и мотивации, выраженная амбивалентность (противоречивость) и др.

З. Нарушения в сфере межличностных контактов. Социальная и эмоциональная отчуждённость, агрессивность, неадекватность в сексуальной сфере и др.

И. Изменение психомоторного поведения. Ажитация или аутизм (замкнутость), гримасы, манерность, ритуалы, кататония (застывание в однообразных позах или возбуждение) и др.

К. Сознание. Сохранность ориентировки во времени, пространстве и окружающих лицах, отсутствие выраженных нарушений памяти и конкретного мышления и др.

IV. ТИПЫ ШИЗОФРЕНИИ

Выделяемые типы течения шизофрении принципиальных отличий от принятых в отечественной психиатрии не имеют.

А. Параноидная шизофрения

1. Систематизированный бред или частые слуховые галлюцинации, связанные одной темой.

2. Отсутствуют инкогерентность, разорванность мышления, непоследовательность ассоциаций, обеднение или значительная неадекватность эмоций, кататоническое или крайне дезорганизованное поведение.

Б. Дезорганизованная шизофрения

1. Инкогерентность, выраженная разорванность мышления или крайне дезорганизованное поведение.

т

Шизофрения 115

2. Обеднение или значительная неадекватность эмоций.

3. Состояние больного не соответствует критериям кататонической шизофрении.

По описанию соответствует более употребительному понятию «гебефренная шизофрения» (МКБ-10, F20.1).

В. Кататоническая шизофрения

1. Ступор или мутизм.
2. Негативизм.
3. Ригидность.
4. Беспричинное возбуждение.
5. Гримасничанье, манерность.
6. Эхолалия или эхопраксия.

Г. Недифференцированная шизофрения

1. Выраженные бредовые, галлюцинаторные состояния, инкогерентность мышления или крайне дезорганизованное поведение.
2. Состояние больного не отвечает критериям параноидного, кататонического или дезорганизованного типа.

Д. Резидуальная шизофрения

1. Отсутствие выраженных бредовых, галлюцинаторных состояний, инкогерентности мышления или крайне дезорганизованного поведения.
2. О болезни свидетельствует не менее 2 резидуальных симптомов.

Е. Типы I и II. Согласно другой классификации, шизофрения подразделяется на типы I и II с учётом наличия или отсутствия у больного позитивных (продуктивных) или негативных симптомов. Позитивные симптомы включают разорванность мышления, галлюцинации, странное поведение и повышение речевой активности. К негативным симптомам относятся обеднение, притупление эмоций, бедность содержания речи, обрывы мыслей, снижение заботы о своем внешнем виде, неопрятность, недостаток мотивации, ангедония (утрата чувства радости, наслаждения), социальная отчуждённость, когнитивные (познавательные) нарушения и расстройства внимания. У больных шизофренией I типа наблюдаются преимущественно позитивные симптомы, у больных шизофренией II типа — негативные.

Ж. Парафрения. Иногда используется как синоним параноидной шизофрении, а также для обозначения расстройства, при котором имеется прогрессирующая деградация личности или систематизированный бред. Неоднозначное толкование термина «парафрения» привело к ограничению его использования.

В МКБ-10 как отдельная форма не выделяется, она включена в параноидный тип.

З. Простая шизофрения. Термин «простая шизофрения» используется для обозначения шизофрении с широкими диагностическими границами. Простая шизофрения характеризуется незаметной и постепенной утратой энергетического потенциала и жизненных устремлений. Пациенты с этим расстройством не обнаруживают явных психотических симптомов и устойчивых галлюцинаторных или бредовых состояний. Первичным симптомом простой шизофрении является отчуждение больного от социальной среды и связанных с работой ситуаций.

116 Глава 7 VA

В отечественной психиатрии принято сходное разделение шизофрении в зависимости от характера течения болезни. Более употребительным является деление по формам течения: непрерывная, приступообразно-прогредиентная (шубообразная), рекуррентная (периодическая) и малопрогредиентная шизофрения. Рекуррентная шизофрения в МКБ-10 и DSM-IV рассматривается как шизоаффективное расстройство, а малопрогредиентная шизофрения — как шизотипическое расстройство, которое отнесено в МКБ-10 в кластер F2 «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства», а в DSM-IV — в кластер «Расстройства личности».

V. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

А. Заболеваемость и распространённость. Распространённость шизофрении

среди населения составляет приблизительно 1-1,5% и не зависит от возраста. По оценочным данным, шизофренией страдают около 2 млн американцев; 2 млн новых случаев заболевания ежегодно регистрируются во всём мире. Распространённость, заболеваемость и выраженность клинических проявлений у городского населения выше, чем у сельских жителей. Заболеваемость и выраженность клинических проявлений выше в промышленных районах.

Б. Соотношение по половому признаку. Коэффициент распространённости у мужчин и женщин равен 1:1.

В. Социально-экономический статус. Имеются данные о повышенной распространённости среди представителей низших социально-экономических групп при одинаковой заболеваемости в различных социально-экономических классах. Эти данные подтверждают теорию «медленного течения вниз»: больные шизофренией в силу нарастающих изменений личности имеют тенденцию к постепенному переходу в более низшие социально-экономические слои общества вне зависимости от того, к какому социально-экономическому классу они принадлежали изначально.

Г. Возраст начала заболевания. Шизофрения наиболее часто возникает между 15 и 35 годами (в 50% случаев у лиц моложе 25 лет). Начало заболевания в возрасте до 10 лет и после 40 лет нетипично. У мужчин заболевание чаще начинается в более раннем возрасте, чем у женщин.

Д. Вероисповедание. У иудеев встречается реже, чем у протестантов и католиков.

Е. Раса. Сообщается о более высокой распространённости среди представителей негроидной расы и среди испанцев, но это утверждение может быть результатом различных диагностических подходов или следствием того, что среди низших социально-экономических групп и в индустриальных городских районах проживает много представителей расовых и национальных меньшинств.

Ж. Сезонность. Высокая заболеваемость зимой и ранней осенью (январь—апрель в Северном полушарии, июль—сентябрь в Южном полушарии).

З. Амбулаторное и стационарное лечение. С 1965 по 1975 г. число стационарных больных с диагнозом шизофрении сократилось на 40-50%. В настоящее время до 80% больных шизофренией находятся на амбулаторном лечении.

И. Расходы. В целом на содержание и лечение больных шизофренией Соединённые Штаты ежегодно затрачивают около 100 млрд долларов.

L

Шизофрения 117

Представляются ценными данные о распространённости шизофрении в США. Они во многом совпадают с данными эпидемиологических исследований в России. Вместе с тем сведения о заболеваемости у представителей разных вероисповеданий выглядят неубедительными. В конце 80-х годов была исследована распространённость шизофрении в районах с преимущественно узбекским и русскоязычным населением Ташкента. Было выявлено, что при равной заболеваемости обращение за психиатрической помощью в мусульманских районах значительно ниже и происходит на более выраженных стадиях болезни, когда содержание заболевшего в домашних условиях становится затруднительным. По мнению авторов, это обусловлено религиозными взглядами и обычаями.

VI. ЭТИОЛОГИЯ

В силу гетерогенности симптоматики и прогноза при шизофрении не существует единого этиологического фактора, который можно было бы считать основным. Широкое распространение получила гипотеза предрасположенности к стрессам (stress-diathesis). Согласно ей, человек может иметь особую биологическую предрасположенность к заболеванию,

которое провоцируется стрессом и приводит к возникновению симптомов шизофрении. Стрессы могут быть генетическими, биологическими, психосоциальными или связанными с окружающей средой.

А. Генетические факторы. Выдвинуты полигенная теория наследования и теория наследования с вовлечением одного гена. Ни одна из них не имеет достаточного научного подтверждения, но есть основания полагать, что полигенная теория больше согласуется с особенностями клинических проявлений шизофрении.

Таблица 7-5. Признаки, обусловленные полигенным наследованием*

1. Заболевание может наследоваться при отсутствии его у обоих родителей
2. Возникшее заболевание может иметь различную тяжесть
3. У больных тяжёлой шизофренией больше родственников, больных шизофренией
4. Риск развития заболевания снижается с уменьшением числа общих генов
5. Возникновение болезни возможно при наличии больных родственников как со стороны матери, так и со стороны отца

* Число поражённых генов определяет степень риска развития заболевания и его клиническую картину.

1. Кровное родство. В семьях, в которых имеются больные шизофренией, заболеваемость выше, чем в общей популяции. Конкордантность у монозиготных близнецов выше, чем у дизиготных.

2. Влияние фактора усыновления. Риск заболевания зависит от биологического родителя, а не от приёмного.

а. Риск заболевания у усыновлённого ребёнка такой же (примерно 10-12%), как если бы этот ребёнок воспитывался своими биологическими родителями.

б. Шизофрения более распространена среди биологических родителей приёмных детей, страдающих этим недугом, чем среди их приёмных родителей.

118 Глава 7 VIБ

Таблица 7-6. Распространённость шизофрении среди специфических групп населения

Группа	Распространённость, %
Население в целом	1-1,5
Родственники первой степени родства* (отец, мать, братья, сестры)	10-12
Родственники второй степени родства (дед, бабушка, тётки, двоюродные братья и сестры)	5-6
Дети, родившиеся у обоих больных шизофренией родителей	40
Дизиготные близнецы	12-15
Монозиготные близнецы	45-50

* Шизофрения — расстройство, не сцепленное с полом; степень риска не зависит от того, кто из родителей болен.

в. Монозиготные близнецы, воспитанные отдельно, имеют такой же показатель конкордантности, как и близнецы, воспитанные вместе.

г. Среди детей, которые были рождены от здоровых родителей, но воспитаны родителями, страдающими шизофренией, не отмечается более высокой заболеваемости.

Б. Биологические факторы

1. Дофаминовая гипотеза. Симптомы шизофрении отчасти вызваны гиперчувствительностью дофаминовых рецепторов или повышением

активности дофамина. Антипсихотические средства воздействуют на дофаминовые рецепторы типа 2 (D2) и вызывают функциональное снижение дофаминовой активности. При шизофрении наиболее значимую роль играют мезокортикальный и мезолимбический дофами-нергические тракты ЦНС. Дофамин является важным компонентом, влияющим на появление симптомов шизофрении, но его роль при этом изучена не до конца.

2. Норадреналиновая гипотеза. Повышение норадреналиновой активности при шизофрении вызывает повышение чувствительности к сенсорным воздействиям.

3. Гипотеза, связанная с воздействием у-аминомасляной кислоты (ГАМК). Понижение активности ГАМК вызывает повышение дофаминовой активности.

4. Серотониновая гипотеза. У некоторых больных хронической шизофренией наблюдаются патологические изменения метаболизма серотонина, включая гипер- и гипосеротонинемия. Особое внимание обращают на то, что антагонизм между лекарственными средствами и серотониновым (5-гидрокситриптаминовым) рецептором типа 2 (5-HT₂) играет важную роль в ослаблении психотической симптоматики и замедлении развития двигательных расстройств, связанных с антагонистическим воздействием на рецептор D2. Исследования биохимических процессов при расстройствах настроения показали роль серотонина в возникновении суицидальных попыток и импульсивных поступков у больных шизофренией.

5. Галлюциногены. Предполагают, что некоторые эндогенные амины при нарушении процесса метилирования выступают в качестве субстрата для продуцирования эндогенных галлюциногенов. Однако достоверные подтверждения этой гипотезы отсутствуют.

Шизофрения 119

В. Психосоциальные факторы и факторы окружающей среды

1. Семейные факторы. У пациентов, в семьях которых отмечается высокий уровень экспрессивной эмоциональности (ЭЭ), рецидивы заболевания встречаются чаще, чем у пациентов из семей с низким уровнем подобных эмоциональных отношений. ЭЭ в семье пациента проявляется в виде чрезмерно непоследовательного, назойливого поведения в отношении больного с чертами враждебности, критиканства и неодобрения или излишнего контроля и опеки, как над недостаточно зрелым человеком. Число рецидивов уменьшается, когда подобное поведение членов семьи меняется в сторону снижения уровня ЭЭ. Большинство исследователей полагают, что нарушения семейных отношений является скорее следствием, чем причиной, шизофрении.

2. Психодинамические аспекты. Крайне важно определить, какой психосоциальный или связанный с окружающей средой стрессор является специфическим в каждом конкретном случае заболевания. Понимание того, какие стрессы в наибольшей степени могли спровоцировать психическую декомпенсацию, помогает клиницисту проводить адекватное лечение и одновременно даёт возможность пациенту почувствовать, что его состояние находится под контролем.

Г. Инфекционная теория. Свидетельства, позволяющие рассматривать так называемые медленные вирусные инфекции как этиологический фактор шизофрении, включают неврологические изменения, связанные с инфекционными процессами у больных шизофренией в прошлом¹ у некоторых из них отмечаются глиоз, глиальные рубцы и противовирусные антитела в сыворотке и спинномозговой жидкости.

VII. ЛАБОРАТОРНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

А. Сканирование головного мозга

1. Компьютерная томография (КТ). Кортикальная атрофия отмечается у 10-35% пациентов, расширение бокового и III желудочков головного мозга — у 10-50%, наблюдаются также атрофия червя мозжечка и понижение

рентгеновской плотности паренхимы головного мозга. Патологические изменения, обнаруженные КТ, могут коррелировать с негативными симптомами, такими, как обеднение эмоций, социальное отчуждение, психомоторная заторможенность, снижение мотивации, появление нервно-психических нарушений, высокая частота экстрапирамидных симптомов при лечении нейролептиками и неблагоприятным преморбидным состоянием.

2. Позитронная эмиссионная томография (ПЭТ). У некоторых пациентов отмечаются понижение метаболизма в лобной и теменной долях, относительно высокий метаболизм в затылочной доле и патологические изменения латерализации полушарий.

3. Церебральный кровоток. У некоторых больных замедлен приток крови к лобной доле в состоянии покоя, повышен приток крови к теменной доле и понижен общий церебральный кровоток. При сравнении этих данных с данными ПЭТ и КТ дисфункция лобной доли прослеживается наиболее чётко, однако она может быть вторичной вследствие патологических изменений в другой области мозга.

Б. Электроэнцефалография (ЭЭГ). У большинства больных шизофренией при ЭЭГ не обнаруживают патологических изменений, но в некоторых случаях отмечают понижение ос-активности и повышение Э- и 5-активности, пароксизмальные отклонения и повышенную чувствительность к активации, например, вследствие лишения сна.

120 Глава 7 VII B

В. Исследование вызванных потенциалов (ВП). Первичная гиперчувствительность к сенсорной стимуляции с последующим компенсаторным снижением обработки информации на высоких корковых уровнях.

Г. Иммунологическое исследование. У некоторых пациентов выделены атипичные лимфоциты и обнаружено снижение числа естественных Т-лимфоцитов-киллеров.

Д. Эндокринологическое исследование. У некоторых пациентов отмечается понижение уровня лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, замедление высвобождения пролактина и гормона роста с одновременной стимуляцией гонадотро-пинвысвобождающего и тиреотропинвысвобождающего гормонов.

Е. Нейропсихологическое тестирование. Больные шизофренией дают причудливые ответы при обследовании с помощью тематического апперцептивного теста (ТАТ) и теста Роршаха. По сравнению с родителями здоровых людей родители больных шизофренией обнаруживают более значительные отклонения при использовании проективных тестов (что может быть следствием совместной жизни с членом семьи, больным шизофренией). Приблизительно у 20-35% пациентов тестирование по методу Холстеда-Рейтана выявляет нарушение внимания и интеллекта, задержку ответов на вопросы и нарушение способности к решению проблем. По сравнению со здоровыми людьми у больных шизофренией отмечается низкий коэффициент интеллектуальности (IQ), который, однако, значительно колеблется в каждом конкретном случае. IQ понижается по мере развития болезни.

VIII. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Характерных для шизофрении морфологических нарушений нет; в числе отмеченных изменений сокращение числа нейронов, увеличение глиоза и дезорганизация нейронной цитоархитектоники. Имеется дегенерация лимбической системы, особенно миндалевидного тела, гиппокампа и поясной извилины, а также базальных ганглиев (ядер), чёрного вещества и дорсолатеральной префронтальной коры.

Нерезко выраженные неврологические симптомы имеются у 50-100% пациентов: часты патологические рефлексy, такие, как хватательный, орального автоматизма и др., нарушение пространственного чувства, а также

адиадохокинез (нарушение способности быстро выполнять чередующиеся противоположные движения). Пароксизмальные саккадированные (прерывистые) движения глаз (неспособность следить за движущимся объектом плавными движениями глаз) возникают у 50-80% больных шизофренией и у 40-45% их ближайших родственников (по сравнению с 8-10% у не страдающих шизофренией). Этот симптом может быть нейрофизиологическим показателем предрасположенности к заболеванию. По сравнению со здоровыми людьми у больных шизофренией повышена частота сердечных сокращений в покое, что может указывать на перевозбуждение.

IX. ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Для полного понимания значения симптомов болезни крайне важно учитывать внутри-психическую деятельность больного (или его психологические конфликты и их последствия). Пациенты обычно ощущают внутреннюю спутанность и непреодолимый поток информации, а защитным механизмом становится попытка справиться с возникшими

Шизофрения 121

мощными аффектами. Нормальному восприятию реальности препятствуют 3 основных примитивных механизма защиты:

- 1) психотическая проекция — приписывание своих внутренних переживаний (агрессии, сексуальности, хаоса, спутанности) внешнему миру, неспособность осознавать эти ощущения как свои собственные, размытость границ между внутренними и внешними переживаниями. Проекция является основным фоновым механизмом защиты при паранойе;
- 2) реактивная формация — изменение вызывающих беспокойство мыслей или побуждений на прямо противоположные;
- 3) психотическое отрицание — трансформация стимулов, вызывающих психологические проблемы, в бред и галлюцинации.

X. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

А. Соматические и неврологические расстройства. Проявляются в нарушениях памяти, ориентировки и познавательного процесса, зрительных галлюцинациях, других признаках поражения ЦНС. Симптомы, аналогичные симптомам шизофрении, могут наблюдаться при многих неврологических и соматических расстройствах, включая интоксикацию психоактивным веществом (например, кокаином, фенилциклидином) и психотические расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, инфекционные заболевания ЦНС (например, герпетический энцефалит), васкулярные расстройства (например, системная красная волчанка), сложные судорожные парциальные припадки (например, височная эпилепсия) и дегенеративные заболевания (например, болезнь Гентингтона).

Б. Шизофрениформные расстройства. Симптомы могут быть идентичны симптомам шизофрении, но сохраняются менее 6 мес. Болезнь сопровождается менее выраженной деградацией личности и имеет более благоприятный прогноз.

В. Кратковременное психотическое расстройство. Симптомы сохраняются менее 1 мес и возникают после чётко определяемого жизненного стресса.

Г. Расстройства настроения. Психотические симптомы могут наблюдаться как при маниакальных, так и яри депрессивных эпизодах. Дифференциальная диагностика в этом случае особенно важна, поскольку существуют специфические и эффективные методы лечения расстройств настроения. Согласно DSM-IV, симптомы расстройства настроения при шизофрении должны быть относительно непродолжительными по сравнению с периодом, в течение которого наблюдаются основные симптомы болезни. Если расстройство настроения сопровождается галлюцинациями и бредом, их развитие происходит уже после того, как возникают патологические изменения настроения, и не бывает устойчивым. Другие факторы, которые помогают дифференцировать расстройство настроения с шизофренией,

включают семейный анамнез, преморбидные особенности личности, течение расстройства (например, возраст начала заболевания), прогноз (например, отсутствие деградации личности после психотического эпизода) и реакцию на лечение. Пациенты могут переживать большой депрессивный эпизод, возникающий после резидуальной фазы шизофрении. Истинную депрессию у этих больных следует дифференцировать с побочными эффектами лекарственных средств, такими, как безразличие, акинезия и обеднение эмоций.

122 Глава 7 ХД

Д. Шизоаффективное расстройство. Симптомы расстройства настроения развиваются одновременно с симптомами шизофрении, но бред или галлюцинации должны наблюдаться в течение 2 нед при отсутствии выраженных симптомов расстройства настроения во время одной из фаз заболевания. Прогноз этого расстройства более благоприятный по сравнению с прогнозом при шизофрении, но менее благоприятный, чем прогноз при расстройстве настроения.

Е. Психотическое расстройство неуточнённое. Атипичный психоз с неясной клинической картиной, например с единственным симптомом в виде устойчивых слуховых галлюцинаций. К этой группе относятся психозы, обусловленные пребыванием в иной социокультурной среде.

Ж. Бредовые расстройства. Не носящий нелепого характера систематизированный бред, который сохраняется не менее 6 мес при сохранности нормального, относительно высокого уровня функционирования личности без выраженных галлюцинаций или других шизофренических симптомов. Расстройство возникает в среднем и пожилом возрасте.

З. Расстройства личности. Как правило, психотические симптомы отсутствуют, а в случае их появления имеют преходящий характер. Дифференциальный диагноз надо обязательно проводить с шизотипическим, шизоидным, пограничным и параноидным расстройствами личности.

И. Имитируемые расстройства с преимущественно психологическими симптомами и симуляция. Лабораторные тесты или биологические показатели объективно не подтверждают диагноза шизофрении. Шизофренические симптомы воспроизводятся либо с целью получения «вторичной выгоды» (симуляция), либо вследствие глубокой психологической мотивации (имитируемое расстройство).

К. Глубокие расстройства развития. Глубокие расстройства развития, например ранний детский аутизм, как правило, распознаются в возрасте до 3 лет. Несмотря на то что поведение может быть странным и свидетельствовать о психической деградации, отсутствуют бред, галлюцинации или явное расстройство мышления, например его разорванность.

Л. Умственная отсталость. Нарушения интеллекта, поведения и настроения могут предполагать шизофрению. Однако при умственной отсталости нет явных психотических симптомов и вместо деградации личности отмечается устойчиво низкий «уровень её функционирования». При психотических симптомах диагноз шизофрении может быть поставлен как диагноз расстройства, сопутствующего умственной отсталости.

XI. ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

А. Течение. Продромальные симптомы тревоги, растерянности, необоснованных страхов или депрессии обычно предшествуют началу шизофрении, которое может быть острым или постепенным. Продромальные симптомы могут сохраняться на протяжении нескольких месяцев до установления окончательного диагноза. Чаще болезнь начинается в подростковом возрасте и после 20 лет. Эмоциональная травма, употребление наркотиков и тяжёлая разлука могут спровоцировать эпизоды болезни у предрасположенных к ней лиц. Как правило, шизофрения сопровождается постепенной деградацией личности, а периоды выраженных обострений

накладываются на хроническую картину болезни. У больных шизофренией восприимчивость к стрессам сохраняется

Шизофрения 123

на всю жизнь. Постпсихотические депрессивные эпизоды могут возникать в резиду-альной фазе. Со временем появляется тенденция к ослаблению ярких психотических симптомов, таких, как причудливый бред и галлюцинации, с одновременным усилением резидуальных негативных симптомов, таких, как неряшливость, эмоциональное оскудение, различные странности поведения.

Рецидивы наступают примерно в 40% случаев (1 раз в 2 года) среди пациентов, получающих медикаментозное лечение, и в 80% случаев (1 раз в 2 года) среди пациентов без медикаментозного лечения. Попытки самоубийства совершают 50% пациентов; 10% больных кончают жизнь самоубийством. Распространённость насильственных действий среди больных шизофренией не выше, чем среди общей массы населения. Больным свойственны высокий риск внезапной смерти, соматического заболевания и, вероятно, меньшая продолжительность жизни.

Б. Прогноз. В целом прогноз шизофрении определяется «свободным правилом трети»: приблизительно треть больных шизофренией ведет более или менее нормальную жизнь, у трети по-прежнему отмечаются симптомы болезни при сохранении способности к функционированию в обществе, и треть пациентов имеет выраженные нарушения и нуждаются в частой госпитализации. Приблизительно 10% больных из последней группы помещаются в лечебные учреждения на длительное время.

Таблица 7-7. Признаки благоприятного и неблагоприятного прогноза шизофрении

Благоприятный прогноз

Неблагоприятный прогноз

Начало в позднем возрасте

Очевидные провоцирующие факторы

Острое начало

Благополучное преморбидное функционирование в социальной, сексуальной и трудовой сферах

Симптомы расстройства настроения (особенно депрессии)

Проживание в браке

Расстройства настроения в семейном анамнезе

Достаточная социальная поддержка Позитивные симптомы

Начало в молодом возрасте

Отсутствие провоцирующих факторов

Постепенное начало

Неблагополучное преморбидное функционирование в социальной, сексуальной и трудовой сферах

Отчуждённое, аутистическое поведение

Проживание в одиночестве, в разводе или вдовство

Случаи заболевания шизофренией в семейном анамнезе

Недостаточная социальная поддержка

Негативные симптомы

Неврологические симптомы

Травма в перинатальном периоде

Отсутствие ремиссий в течение 3 лет

Многочисленные рецидивы

Случаи агрессивного поведения

XII. ЛЕЧЕНИЕ

Лечение больных шизофренией включает госпитализацию и использование антипсихотических средств, а также методы психосоциального воздействия:

поведенческую, семейную, групповую, индивидуальную терапию, выработку социальных навыков и реабилитацию.

124 Глава 7 ХПА

А. Медикаментозное лечение. Антипсихотические средства включают антагонисты дофаминовых рецепторов, серотонин-дофаминовые антагонисты, например рисперидон и клозапин.

1. Выбор препарата

а. Антагонисты дофаминовых рецепторов — классические нейролептики (большие транквилизаторы), эффективные при лечении шизофрении, хотя значительное восстановление психического функционирования после приёма этих средств отмечается приблизительно у 25% пациентов. Наибольший дискомфорт вызывают побочные эффекты: акатизия (неусидчивость) и паркинсонические симптомы — мышечная ригидность и тремор. К тяжёлым побочным эффектам относятся поздняя дискинезия и злокачественный нейролептический синдром (резко выраженный паркинсонизм, лихорадка, делирий, нарушение поведения).

б. Рисперидон — антагонист дофаминовых рецепторов, оказывающий значительное антагонистическое воздействие на рецепторы 5-HT₂ и D₂. Рисперидон более эффективно, чем другие антагонисты дофаминовых рецепторов, устраняет как продуктивные, так и негативные симптомы шизофрении и, кроме того, даёт значительно меньше побочных эффектов.

2. Дозы. Хлорпромазин целесообразно использовать для сравнительной оценки эффективности других препаратов (табл. 7-8). Лечение следует начинать с 25 мг перорально или в/и и повышать дозу до 300-1800 мг/сут при острых приступах. Дозу увеличивают до появления терапевтического эффекта. Галоперидол можно использовать для быстрого купирования острого состояния пациента (1-10 мг перорально или е/м каждые 30-60 мин); доза может достигать 100 мг/сут. Деканоат флуфеназина (препарата пролонгированного действия, по 25 мг в/и) или галоперидол могут оказать положительное воздействие при использовании в течение 14-21 дня.

3. Поддерживающая терапия. После ослабления симптомов и стабилизации состояния пациента, которая обычно наступает через 4 нед, дозу можно снизить до минимальной эффективной. После 6 мес ремиссии препарат можно отменить, а в случае рецидива назначить терапию повторно. Для предотвращения рецидивов некоторым пациентам требуется поддерживающая терапия на протяжении всей жизни.

4. Другие препараты. Если стандартные антипсихотические средства оказываются неэффективными, следует попробовать другие препараты. Значительному числу пациентов помогает дополнительное назначение лития; в некоторых случаях сообщается об эффективности пропранолола (анаприлина), вальпроата натрия и карба-мазепинов.

Б. Электросудорожная терапия. Эффективна для небольшого числа больных шизофренией, особенно при лечении кататонической формы заболевания. Наиболее восприимчивы к этому виду терапии пациенты с длительностью заболевания менее 1 года.

В. Психосоциальное воздействие. Терапия, построенная на использовании только антипсихотических средств, оказывается не столь эффективной, как лечение, дополняемое психотерапией.

1. Поведенческая терапия. Предусматривает обучение профессиональным навыкам с целью достижения чувства удовлетворения собой, улучшения межличностных отношений. Используется принцип «поощрительной экономии» — улучшение поведения положительно подкрепляется; в награду за это больной получает, например, разрешение на прогулку, другие льготы.

Шизофрения 125

Таблица 7-8. Препараты — антагонисты дофаминовых рецепторов*

Фармакопейное	Торговое название	Эффективность
---------------	-------------------	---------------

название		(1 мг препарата эквивалентен 100 мг хлорпромазина)
Производные фенотиазина		
Алифатические		
Хлорпромазин	Торазин	100 — низкая
Трифлупромазин	Весприн	25-50 — низкая
Промазин	Опарин	40 — низкая
Пиперазиновые		
Прохлорперазин	Компазин	15 — средняя
Перфеназин	Трилафон	10 — средняя
Трифлуоперазин	Стелазин	3-5 — высокая
Флуфеназин	Проликсин, пермитил	1,5-3 — высокая
Пиперидиновые		
Тиоридазин	Меллерил	100 — низкая
Мезоридазин	Серентил	50 — низкая
Производные тиоксанта		
Тиотиксен	Наван	2-5 — высокая
Дибензоксазепиновые		
Локсапин	Локситан	10-15 — средняя
Дигидроиндолы		
Молиндон	Мобан, лидон	6-10 — средняя
Производные бутирофенона		
Галоперидол	Галдол	2-5 — высокая
Дроперидол	Инапсин	10 — средняя
Производные дифенилбутилпиперидина		
Пимозид	Орап	1 — высокая
Венксизоксазолы		
Рisperидон	Риспердал	2-3 — низкая

* Рекомендуемая доза для взрослых пациентов 200-400 мг/сут хлорпромазина или эквивалентное количество другого препарата. Таблица дополнена названиями препаратов, применимых в нашей стране.

126 Глава 7 XII В

2. Групповая терапия. Акцент делают на поддержании и развитии социальных навыков (в повседневной деятельности). Групповая терапия особенно эффективна для уменьшения социальной изоляции, подкрепления чувства реальности, расширения контактов с окружающими людьми.

3. Семейная терапия. При использовании этого вида терапии можно добиться значительного сокращения числа рецидивов, в частности, за счёт снижения чрезмерной эмоциональности в семейных отношениях. Обширные семейные группы, в которых члены семей больных шизофренией обсуждают проблемы и делятся опытом, наиболее эффективны.

4. Поддерживающая психотерапия. Традиционная психотерапия, ориентированная на формирование адекватной самооценки, не рекомендуется для лечения больных шизофренией вследствие повышенной уязвимости их

внутреннего «я». Как правило, предпочтительна поддерживающая терапия, которая включает советы, переубеждение, обучение, моделирование, приёмы ограничения и формирование чувства реальности. Главная цель — достижение такой самооценки, которую хочет и может «вынести» пациент.

5. Методы интервью. Врачу необходимо как можно полнее понять чувства и мысли пациента. Больные шизофренией имеют очень хрупкую структуру личности, следствием чего является их неустойчивое отношение к себе и окружающим, использование примитивных механизмов защиты и значительное нарушение способности к снижению влияния внешних стрессов. Во время интервью устанавливается контакт с больным, чем достигается приемлемое равновесие между личной автономией больного и возможностью взаимодействия с врачом.

а. Для больных шизофренией характерны глубокое стремление к межличностному контакту и одновременно отчаянный страх вступить в него.

б. Страх перед контактом может в действительности представлять собой страх перед глобальным вторжением в личность больного, результатом чего, в свою очередь, являются бредовой страх перед уничтожением собственной личности и всего мира, боязнь потерять контроль над своими действиями, утратить свою индивидуальность.

в. Стремление к контакту отражает страх больного погибнуть, утратить человеческий облик, превратиться в машину или навсегда попасть в ловушку из-за отсутствия общения.

г. Больные шизофренией могут проецировать негативные, причудливые и пугающие образы самого себя на окружающих, вследствие чего психиатр, который проводит интервью, может почувствовать себя таким же стеснённым, напуганным или злым, как и сам пациент. Наиболее пугающими для таких больных являются агрессивные или враждебные импульсы, которые могут приводить к дезорганизации мышления и поведения.

д. Предложение помощи может восприниматься как акт принуждения, попытка насильственно сделать больного беспомощным или уничтожить его.

6. Психиатрическое и психотерапевтическое интервью: советы и запреты. Любые слова врача могут быть истолкованы больным негативно. Главной задачей психиатра при проведении интервью является оказание больному помощи в упорядочении внутренних переживаний, облегчение чувства одиночества и ужаса, кото-

т

Шизофрения 127

рый испытывают многие пациенты. Особенность терапии заключается в том, чтобы проявить к пациенту сочувствие, не вызывая ощущения опасности и не навязывая ему свою помощь.

а. Не следует спорить с больным или переубеждать его, давая рациональное объяснение бредовым переживаниям. Попытки убедить пациента в том, что бред не соответствует действительности, обычно приводят к ещё более активному утверждению бредовых идей.

б. Следует слушать. Восприятие больным окружающего мира как опасного, странного, ошеломляющего, агрессивного проявляется в содержании его мыслей и в самом процессе мышления. Следует прислушиваться к чувствам, которые пациент испытывает в связи с бредовыми идеями: переживает ли он страх, печаль, злость, безнадёжность; есть ли у него ощущение, что он не может остаться наедине с самим собой и контролировать собственное состояние; каким больным воспринимает самого себя.

в. Следует признавать реальность ощущений, которые испытывает пациент. Например, в ответ на слова пациента: «Когда я захожу в комнату, люди видят, что происходит у меня в голове и читают мои мысли» — врач может спросить: «Что вы испытываете при этом?»

г. Не следует считать, что есть фразы, которые врач обязан сказать больному.

Просто, слушая пациента, врач может дать ему понять, что воспринимает его всерьёз и придаёт значение его словам.

д. Следует проявлять гибкость в отношении времени проведения интервью, числа встреч с пациентом и их продолжительности. Если пациент может выдержать только 10 мин общения, то ему следует сказать, что беседа с ним продолжится в другое время, уточнить, когда именно, и непременно встретиться с ним в назначенный час; для пациента это может быть показателем того, что врач заслуживает доверия.

е. Следует быть откровенным в отношениях с пациентом — не следует притворяться, будто бред имеет реальную основу, но следует признать его истинность для больного. Необходимо формировать у пациента реальное восприятие окружающего мира — врач должен представлять собой опору в развитии у пациента ощущения реальности, не вызывая у него чувства унижения или отвергнутости. Например, когда больной говорит: «Песня, которая звучит по радио, написана для меня, в ней содержится послание, адресованное мне, вы слышите?» — врач может ответить: «В этой песне говорится о том, как тоскливо чувствует себя человек, когда теряет кого-то, и вы сейчас, возможно, чувствуете себя так же».

ж. Психиатру следует обращать внимание на то, какие чувства вызывает у него пациент, поскольку таким образом можно получить представление о характерном для больного стиле взаимоотношений. Следует отличать чувства, которые являются прямой реакцией на личность пациента, от тех чувств, которые связаны с отвлечёнными событиями, например раздражение из-за утренней драки больного с санитаром или из-за оскорбительных замечаний, которые пациент делает в отношении врачей.

з. Не следует машинально смеяться, когда пациент говорит что-то, кажущееся внешне смешным. Описание бредовых состояний больными может выглядеть абсурдным или забавным лишь со стороны. Смех в ответ на слова пациентов может

128 Глава 7 XIIВ

быть воспринят ими как неуважение со стороны врача или непонимание всей глубины ужаса и отчаяния, которые испытывают многие больные. Смех уместен, если пациент шутит с определённой целью. Юмор может быть показателем здоровья, если его нельзя назвать чрезмерным или неуместным.

и. Следует уважать стремление больных с бредом к дистанцированию и контролю. Многие больные чувствуют себя более комфортно при соблюдении определённых формальностей и эмоционально ровном отношении, чем при выражении теплоты и сочувствия.

к. Следует отвечать на некоторые личные вопросы. При этом необходимо постараться вновь перевести разговор на больного. Ответы на личные вопросы могут позволить пациентам говорить о себе более свободно. Например, если больной спрашивает: «Вы женаты?» — врач может ответить: «Почему вы задали этот вопрос?» Пациент: «Мне просто интересно, вы женаты?» — Врач: «Я отвечу вам, но сначала давайте немного поговорим о причине вашего вопроса».

8

Бредовые и другие психотические расстройства

I БРЕД

А. Определение. Расстройство, первичным или единственным проявлением которого является устойчивый и неменяющийся бред (интеллектуальная мономания).

Б. Диагноз и симптомы. Систематизированные бредовые идеи обыденного содержания, наблюдающиеся не менее 1 мес. Эмоциональные реакции пациента соответствуют содержанию бреда. Изменения личности незначительны или отсутствуют. Больные нередко насторожены и подозрительны, что может приводить к социальной изоляции, несмотря на

высокий уровень функциональных способностей. При отсутствии воздействия стрессовых факторов пациента с бредовым расстройством можно принять за психически здорового человека.

Таблица 8-1. Диагностические критерии бредового расстройства по DSMIV

А. Мысли и идеи обыденного содержания, т.е. отражающие ситуации, встречающиеся в реальной жизни (например, больной считает, что его преследуют, отравляют, заражают, любят на расстоянии или что ему изменяет жена, его обманывает близкий человек), наблюдающиеся не менее 1 мес

Б. Состояние пациента никогда не соответствовало диагностическому критерию А при шизофрении. При бредовом расстройстве могут отмечаться тактильные и обонятельные галлюцинации, связанные с темой бреда

В. Вне бредовых переживаний у пациента обычно не отмечается нарушений поведения, странностей или причудливости

Г. В случаях, если бредовые состояния сопровождаются расстройством настроения, продолжительность

последних относительно невелика по сравнению с периодом бредового состояния Д. Нарушение не имеет прямой связи с приёмом психоактивного вещества (например, при злоупотреблении наркотическими или лекарственными средствами) и не обусловлено соматическим или неврологическим заболеванием

Типология расстройства по доминирующей теме бредовых переживаний:

Эротоманический бред. Бред, при котором доминирует убеждённость пациента в любви к нему другого человека, обычно занимающего высокое общественное положение

Бред величия. При этом виде бреда доминируют убеждённость пациента в своей особой значимости, силе, наличии у себя выдающихся знаний, отождествление себя с богом или знаменитым лицом, приписывание себе особых отношений с ними Бред ревности. Бредовое расстройство, при котором больной убеждён в том, что его постоянный

сексуальный партнёр ему изменяет Бред преследования. Для него характерна непоколебимая убеждённость в недоброжелательном отношении к нему или к его близким

Соматический бред. Бредовое расстройство, при котором доминирующей темой является убеждённость пациента в наличии у него какого-либо физического недостатка, расстройства или заболевания Смешанный тип. Бред имеет различную тематику, при этом ни одна из них не является доминирующей Неуточнённый тип

5—4950

129

130 Глава 8 IV

В. Эпидемиология. Заболеваемость бредовыми расстройствами составляет приблизительно 1-3 случая в год на 100000 человек. Распространённость — 0,025-0,03% общего числа населения, однако этот показатель, возможно, выше вследствие того, что многие пациенты не обращаются по этому поводу за медицинской помощью. Бредовые расстройства несколько чаще встречаются у женщин. Возраст начала заболевания — от 25 до 90 лет и старше с пиком заболеваемости в 40 лет.

Г. Этиология

1. Генетические факторы. Согласно генетическим исследованиям, бредовое расстрой-

ство не является ни вариантом, ни этапом шизофрении или расстройства настроения. Более высокой предрасположенности к заболеванию шизофренией или возникновению расстройств настроения у прямых родственников больного не отмечается.

2. Биологические факторы. У пациентов возможны отдельные нарушения в

лимбической системе и базальных ганглиях.

З. Психосоциальные факторы. В первую очередь бредовое расстройство обусловлено психосоциальными факторами. Среди них основное место занимают случаи физического или психического насилия в прошлом, жестокость и отсутствие заботы со стороны родителей, а также чрезмерная требовательность в процессе воспитания с установкой на непосильные достижения. Доверительное отношение к окружающим (по Э. Эриксону) не развивается, если ребёнок считает, что его окружение проявляет к нему устойчивую враждебность и является потенциально опасным. Другими факторами могут быть глухота, слепота, социальная изоляция и одиночество (в том числе в прошлом), недавняя иммиграция или другие внезапные изменения микросоциальной среды, а также старение.

Д. Лабораторные и психологические тесты. Диагноз не может быть поставлен по результатам лабораторных тестов. Проективные психологические тесты позволяют выявить озабоченность больного идеями величия, преследования, неполноценности и несовершенства.

Е. Патофизиологические нарушения. Они обычно отсутствуют или отмечаются отдельные анатомические дефекты лимбической системы или базальных ганглиев.

Ж. Психодинамические факторы. Механизмы психологической защиты: отрицание, формирование реакции, проекция. Проекция считается основным защитным механизмом, поскольку симптомы расстройства рассматриваются как защита от неприемлемых мыслей и ощущений. Пациенты отрицают чувство стыда, унижения и собственной неполноценности и посредством сформированной реакции меняют эти чувства на прямо противоположные (ощущение неполноценности превращается в собственное величие); происходит проекция личностью неприемлемых ощущений на других лиц.

3. Дифференциальный диагноз

1. Психотическое расстройство с бредом, обусловленное соматическим или неврологическим заболеванием. Гипотиреоз и гипертиреоз, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, болезнь Альцгеймера, новообразования и травмы головного мозга с поражением базальных ганглиев могут сопровождаться бредовыми расстройствами. Бредовые состояния могут наблюдаться при многих соматических и неврологических заболеваниях (табл. 8-2). При этом, как правило, поражаются базальные ганглии и лимбическая система.

2. Психотическое расстройство с бредом, связанное с употреблением психоактивных веществ. Бредовые переживания могут возникать вследствие интоксикации симпатомиметиками, например амфетаминами, марихуаной или L-ДОФА.

Бредовые и другие психотические расстройства 131

Таблица 8-2. Неврологические и соматические заболевания, которые могут сопровождаться бредовыми состояниями

Расстройства, поражающие базальные ганглии, — болезнь Паркинсона, болезнь Гентингтона Недостаточность витаминов — В12, фолатов, тиамина, ниацина (никотиновой кислоты) Делирий

Деменция — болезнь Альцгеймера, болезнь Пика

Эндокринопатии — заболевания надпочечников, щитовидной и паращитовидной желёз Патологические нарушения лимбической системы — эпилепсия, сосудистые заболевания мозга, опухоли Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, — фенамина, антихолинергических препаратов, антидепрессантов, гипотензивных средств, препаратов для лечения туберкулёза, антипаркинсонических средств, циметидина, кокаина, дисульфирама (антабуса), галлюциногенов Системные расстройства — системно-гепатическая энцефалопатия, гиперкальциемия, гипогликемия, порфирия, уремия

3. Расстройство личности параноидного характера. Возможны сверхценные, граничащие с бредовыми идеи, но истинный бред не наблюдается. Однако такие пациенты предрасположены к бредовым расстройствам.

4. Параноидная шизофрения. Характеризуется комплексом психотических расстройств, а не только бредом, яркими слуховыми галлюцинациями, специфическими изменениями личности и более выраженной социальной дезадаптацией. Как правило, шизофрения начинается в более молодом возрасте, чем бредовое расстройство.

5. Эндогенная депрессия. У пациентов могут наблюдаться вторичные бредовые идеи. При этом обязательно выражены расстройства настроения и связанные с ним вегетативные симптомы; выявляются семейная предрасположенность и положительная реакция на антидепрессанты.

6. Биполярное расстройство. У пациентов, находящихся в маниакальном состоянии, может возникать вторичный бред величия или параноидный бред; для биполярного расстройства характерно также приподнятое или неустойчивое настроение; обнаруживаются семейная предрасположенность и реакция на литий.

И. Течение и прогноз. У 30-50% больных бредовое расстройство имеет тенденцию к хроническому и непрерывному течению. В целом у них фармакотерапия менее эффективна, чем при бредовых состояниях при шизофрении или аффективных расстройствах. Психотерапия затруднена из-за недостатка доверия со стороны пациента.

К. Лечение. Больные с бредовыми расстройствами редко соглашаются на лечение добровольно; чаще всего их приводят к психиатру родственники или близкие друзья. Установление контакта между врачом и пациентом осложнено из-за враждебности больного, которая объясняется страхом. Адекватная психотерапия может способствовать социальной адаптации больного, несмотря на сохраняющийся бред.

1. Госпитализация. Госпитализация необходима при суицидальных или гомицидных (склонность к убийству) тенденциях, длительном отказе от пищи (в связи с бредом отравления), необходимости провести тщательное обследование для исключения органического заболевания ЦНС.

2. Психофармакотерапия. Из-за подозрительности больные часто отказываются от лекарственных препаратов. При ажитации нередко возникает необходимость внутримышечного введения нейролептиков. В других случаях возможно применение малых

132 Глава 8 ИК

доз нейролептиков, например 2 мг галоперидола. Пациенты с бредовыми расстройствами, как правило, реагируют на побочные эффекты лекарственных средств развитием бредовых идей, поэтому для предупреждения этого рекомендуется очень медленно увеличивать дозу препарата. Антидепрессанты можно использовать при выраженной депрессии. 3. Психотерапия: советы и запреты

а. Не следует спорить с пациентом и укорять его за бредовые идеи. Бред может ещё более укорениться, если пациент почувствует, что ему нужно защищать свои убеждения.

б. Не следует притворяться, что бред соответствует действительности, поскольку врач должен формировать у больного реальное восприятие окружающего мира. Тем не менее необходимо внимательно прислушиваться к его жалобам и стараться понять значение бредовых идей, особенно в контексте самооценки больного.

в. Следует проявлять сочувствие, когда больной говорит о том, что бред тревожит и беспокоит его, и постараться помочь ему в создании более комфортных условий жизни.

г. Следует учитывать, что бредовая система может быть способом преодоления глубокого чувства стыда и неполноценности и что больной

может быть болезненно чувствительным к любым, даже случайным, проявлениям пренебрежения и снисходительности к нему со стороны врача.

д. Поскольку такие больные крайне чувствительны к любой фальши и обману, во взаимоотношениях с ними следует быть открытым, честным и откровенным. Необходимо объяснять, каких побочных эффектов следует ожидать от назначенных лекарственных средств, а также причину назначения этих средств (облегчить тревогу, снять раздражительность, нормализовать сон, улучшить аппетит и т.п.); следует быть надёжным и пунктуальным во взаимоотношениях с пациентом; необходимо составить график регулярных встреч

е. Следует изучить, какие именно стрессы или переживания в жизни пациента спровоцировали бредовое состояние в первый раз, и попытаться понять, почему они стали причиной возникновения у больного чувства стыда или неполноценности. Следует учитывать, что другие подобные ситуации могут обострять бредовые проявления. Необходимо оказать пациенту помощь в разработке альтернативных способов реагирования на стрессовые ситуации. Диагностические критерии бредового расстройства в DSM-IV сходны с таковыми в МКБ-10 (разделы F22.0, F22.8 и F22.9). Однако в МКБ-10 указанные критерии выявленного расстройства применяются при длительности не менее 3 мес, в то время как в DSM-IV — при длительности 1 мес. В МКБ-10 при бредовом расстройстве исключаются слуховые галлюцинации, а в DSM-IV — только тактильные и обонятельные. Присутствие отдельных транзиторных обманов восприятия, связанных с любым анализатором, но не определяющих клиническую картину, при наличии других критериев не противоречит квалификации болезненного состояния как бредового. Рассматриваемые расстройства с учётом наиболее вероятной этиологии (психосоциальные факторы) в понимании отечественных психиатров прежде всего соответствуют психогенным бредовым образованиям.

1

Бредовые и другие психотические расстройства 133

II. ШИЗОФРЕНИФОРМНОЕ РАССТРОЙСТВО

А. Определение. Расстройство, симптомы которого соответствуют диагностическим критериям шизофрении, но сохраняются не более 6 мес с последующим восстановлением нормальной жизнедеятельности.

Б. Диагноз и симптомы

Таблица 8-3. Диагностические критерии шизофрениформного расстройства по DSM-IV

А. Состояние пациента соответствует критериям А, Г и Д для шизофрении

Б. Длительность расстройства (включая продромальную, активную и резидуальную фазы) составляет от 1 до 6 мес. (Диагноз следует рассматривать как предварительный, если он ставится до выздоровления.)

Типология расстройства: С неблагоприятным прогнозом С благоприятным прогнозом, о котором свидетельствуют 2 или более из следующих признаков:

1. Появление выраженных психотических симптомов в период до 4 нед после впервые отмеченного изменения в обычном состоянии больного

2. Состояние спутанности и дезорганизации поведения на уровне психотического эпизода

3. Благополучный в социальном и профессиональном отношении преморбид

4. Отсутствие притупления или оскудения эмоций

В. Эпидемиология. Сведения отсутствуют; по некоторым данным, шизофрениформное расстройство встречается в 2 и более раз реже, чем шизофрения.

Г. Этиология. Имеет более тесную связь с расстройством настроения, чем с шизофренией. В целом шизофрениформное расстройство в большей степени проявляется симптомами расстройства настроения и имеет более

благоприятный прогноз, чем шизофрения. Шизофрения возникает чаще в семьях пациентов с расстройствами настроения, чем с шизофрениформным расстройством.

Д. Дифференциальный диагноз. Идентичен дифференциальному диагнозу при шизофрении (см. главу 7).

Е. Течение и прогноз. К благоприятным прогностическим признакам относятся отсутствие притупления (или оскудения) эмоций, благополучное преморбидное состояние, нарушение сознания и дезориентировка на уровне психотического эпизода, непродолжительность расстройства, острое начало и появление выраженных психотических симптомов в период до 4 нед после первых изменений в поведении больного.

Ж. Лечение. Для купирования шизофрениформного расстройства обычно используют нейролептики в течение 3-6 мес. При рекуррентных эпизодах рекомендовано лечение литием. Важное значение для понимания больными причин психотических переживаний и их преодоления имеет психотерапия.

Шизофрениформное расстройство обнаруживает максимальное сходство с рекуррентной шизофренией. В МКБ-10 к нему наиболее близок диагноз шизофрении с эпизодическим ремиттирующим типом течения (F20.3). В отечественных руководствах по психиатрии и в МКБ-10, в отличие от DSM-IV, не оговаривается максимальная длительность расстройства, которое может превышать 6 мес. При этом допускает-

134 Глава в III А

ся постановка диагноза рекуррентной шизофрении и при длительности расстройств менее 2 нед.

В DSM-IV выделяются типы шизофрениформного расстройства с неблагоприятным и благоприятным прогнозом. Констатация неблагоприятного прогноза противоречит обязательному критерию шизофрениформного расстройства по DSM-IV— «последующему возвращению больного к нормальной жизнедеятельности».

III. ШИЗОАФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

А. Определение. Расстройство, при котором симптоматика, отвечающая критериям шизофрении, и расстройства настроения настолько выражены, что диагноз одного из этих заболеваний не представляется возможным.

Б. Диагноз и симптомы

Таблица 8-4. Диагностические критерии шизоаффективного расстройства по DSM-IV

А. Непрерывный период заболевания, в течение которого депрессивный, маниакальный или смешанный эпизод наблюдается одновременно с симптомами, отвечающими критерию А для шизофрении. Примечание. Большой депрессивный эпизод должен отвечать критерию А1 (подавленное настроение)

Б. В течение приступа заболевания бред и галлюцинации наблюдаются не менее 2 нед при отсутствии выраженных симптомов расстройства настроения

В. Симптомы, отвечающие критериям депрессивного, маниакального либо смешанного эпизода, наблюдаются на протяжении значительного времени на фоне активной и резидуальной фаз заболевания

Г. Нарушение не имеет прямой патофизиологической связи с воздействием психоактивного вещества {например, при злоупотреблении наркотическим или лекарственным средством) и не обусловлено соматическим или неврологическим заболеванием

Типология расстройства: Биполярный тип. Расстройство включает маниакальный или смешанный эпизод (либо смешанный эпизод и депрессивные эпизоды) Депрессивный тип. Расстройство включает только депрессивные эпизоды

В. Эпидемиология. Вне зависимости от возраста шизоаффективное расстройство отмечается менее чем у 1 % населения; у мужчин и женщин

встречается одинаково часто.

Г. Этиология. В семьях пациентов, страдающих шизоаффективными расстройствами, не отмечается более высокой заболеваемости шизофренией, однако существует повышенный риск развития расстройств настроения. Дополнительную информацию об этиологии шизофрении и расстройств настроения см. в главах 7 и 9.

Д. Дифференциальный диагноз. Вследствие того что и при шизофрении могут наблюдаться выраженные расстройства настроения либо расстройства настроения с выраженными психотическими симптомами, существует вероятность ошибочной диагностики. Следует исключить возможность других психических расстройств, в частности вызванных употреблением наркотиков, а также соматогений.

Е. Течение и прогноз. Неблагоприятный прогноз связан с такими факторами, как случаи шизофрении в семейном анамнезе, раннее и постепенное начало расстройства при отсутствии каких-либо причин, которые могли его обусловить, преобладание в клинической картине психотических симптомов и неблагоприятный преморбид пациента. Шизоаф-

Бредовые и другие психотические расстройства 135

фективное расстройство имеет более благоприятный прогноз, чем шизофрения, и менее благоприятный, чем расстройство настроения. Больные шизоаффективным расстройством с большим успехом поддаются лечению препаратами лития, чем больные шизофренией, и у них редко развивается дефект личности. Ж. Лечение. Следует применять такие же методы лечения, как при депрессии или маниакальных состояниях. Для купирования острого психотического состояния используют нейролептики.

Диагностические критерии шизоаффективного расстройства в DSM-IV идентичны таковым в МКБ-10 (рубрика ¥25). В отечественных психиатрических руководствах описывается только шубообразная шизофрения с картиной шизоаффективных приступов. При этом констатируется определенное сходство данной формы шизофрении с рекуррентной. Соответственно усматривается феноменологическое и динамическое сходство шизофрениформных и шизоаффективных проявлений.

IV. КРАТКОВРЕМЕННОЕ ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

А. Определение. Расстройство продолжительностью менее 1 мес, возникающее как следствие очевидного стресса в жизни пациента.

Б. Диагноз и симптомы. Симптомы, наблюдающиеся при кратковременном психотическом расстройстве, имеют сходство с симптомами других психотических расстройств, однако их изменчивость, лабильность, состояние спутанности, дезориентировки и аффективные симптомы более выражены.

Таблица 8-5. Диагностические критерии кратковременного психотического расстройства по DSM-IV

А. Наличие 1 и более из перечисленных ниже симптомов:

1. Бред
2. Галлюцинации
3. Неупорядоченная речь (т.е. утрата нити беседы, бессвязность речи)

Примечание. Необходимо учитывать особенности культурных условий

Б. Длительность расстройства составляет не менее 1 дня и не более 1 мес, после чего происходит полное восстановление преморбидного состояния

В. Нарушение нельзя квалифицировать как расстройство настроения с психотическими симптомами, шизо-аффективное расстройство или шизофрению; оно не имеет прямой связи с воздействием психоактивного вещества (например, при злоупотреблении наркотическим или лекарственным средством) и не обусловлено соматическим или неврологическим заболеванием

Типология расстройства:

Обусловленное воздействием тяжелого стрессора (кратковременный

реактивный психоз). Симптомы расстройства возникают вскоре после событий, которые (вместе или по отдельности) могут оказать выраженное стрессовое воздействие почти на любого человека при сходных обстоятельствах в данной среде и являются очевидной реакцией на них

Без выраженного воздействия стрессора. Расстройство возникает не вскоре после событий, которые (вместе или по отдельности) могут оказать выраженное стрессовое воздействие почти на любого человека при сходных обстоятельствах в данной культурной среде и не являются очевидной реакцией на эти события

С послеродовым началом. Расстройство начинается в течение 4 нед после родов

136 Глава 8 IV B

В. Эпидемиология. Сведения отсутствуют. Расстройству более подвержены лица, страдающие расстройствами личности и перенёсшие сильные стрессы — стихийные бедствия, изменение социальной среды.

Г. Этиология. В семьях пациентов отмечаются более частые расстройства настроения. Возникновение психотического эпизода провоцируется психосоциальным стрессом. Психоз рассматривается как защитная реакция, возникающая при несоответствии механизмов психологической адаптации требованиям реальности.

Д. Дифференциальный диагноз. Необходимо исключить органические причины, в частности интоксикацию наркотическим средством и синдром его отмены, а также психомоторные расстройства. Необходимо исключить шизофрению, расстройства настроения и транзиторные психотические эпизоды при пограничных и шизоформных расстройствах.

Е. Течение и прогноз. На вероятность благоприятного исхода заболевания указывают его обусловленность сильным стрессом (психоз обычно наступает в течение нескольких часов после стресса), лабильность симптоматики, благополучное преморбидное состояние пациента, отсутствие в семейном анамнезе случаев шизофрении и непродолжительность симптомов (от нескольких часов до нескольких дней).

Ж. Лечение. Возможна кратковременная госпитализация; применение нейролептиков не обязательно, так как расстройство, как правило, кратковременно. При необходимости применения лекарственных средств следует назначать минимальные дозы и отменять препараты как можно раньше. Психотерапия крайне важна для выяснения природы и значимости стресса, обусловившего психотический эпизод. Пациентам надо помочь выработать эффективный способ снятия стресса, не связанный с ущербом личности.

Описанное в DSM-IV кратковременное психотическое расстройство во многом соответствует реакции на тяжёлый стресс и нарушению адаптации в МКБ-10 (F43) и реактивным психозам, по терминологии отечественных психиатров. Столь жесткие рамки продолжительности рассматриваемого расстройства (не менее 1 дня и не более 1 мес) очень часто не соответствуют реальности. Кроме того, в DSM-IVk данной рубрике относится психотическое состояние, начавшееся в течение 4 нед после родов, но не являющееся следствием первичного расстройства настроения. В МКБ-10 такие состояния представлены в разделе «Психические заболевания и заболевания нервной системы, осложняющие послеродовой период» (F099.3). Подобное расстройство может быть расценено и как послеродовой психоз, и как манифестация шизофренического процесса. При кратковременном психотическом расстройстве возможно применение не только малых, но и больших доз психотропных препаратов.

V. ИНДУЦИРОВАННОЕ ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

А. Определение. Расстройство, при котором существует система бреда, общая для двух или более лиц (одно лицо является индуктором, а другое —

реципиентом); по прежней терминологии, индуцированное помешательство (folie a deux— бред вдвоём).

Б. Диагноз и симптомы. Наиболее характерным для этого расстройства является бред преследования, а главная клиническая особенность заключается в том, что бредовые идеи высказывают два или более человека. Возможны суициды и гомицид.

В. Эпидемиология. Расстройство встречается редко; чаще возникает у женщин и у лиц, которые из-за физической инвалидности зависимы от другого человека. В 95% случаев расстройство наблюдается у членов одной семьи, обычно у сестёр.

т

Бредовые и другие психотические расстройства 137

Г. Этиология. Расстройство обусловлено преимущественно психологическими причинами, однако его распространённость среди членов одной семьи позволяет предполагать генетическую предрасположенность. В семьях больных отмечается повышенный риск заболевания шизофренией. Психологические или психосоциальные факторы, способствующие развитию расстройства, включают социальную изоляцию, при которой один человек находится в подчинённом и зависимом положении, а другой, страдающий психическим заболеванием, является лидером.

Д. Психодинамические факторы. Доминирующее лицо с психическим расстройством поддерживает определённый контакт с реальностью через пассивную личность, которая стремится к заботе и одобрению с его стороны. Между ними всегда устанавливаются крайне амбивалентные отношения.

Е. Дифференциальный диагноз. У пассивного пациента необходимо исключать расстройства личности, симуляцию и имитацию расстройства. Необходимо учитывать вероятность органического заболевания ЦНС.

Ж. Течение и прогноз. Показатели выздоровления переменны; по некоторым данным, полностью выздоравливают всего 10-40% пациентов (по другим, до 80%). Существует общепринятое мнение, что изоляция пассивного партнёра с индуцированным бредом от доминирующего партнёра обычно приводит к благоприятному исходу — быстрому редуцированию психотической симптоматики. Если после изоляции патологические проявления не исчезают, то следует предполагать иной генез психического расстройства, например шизофрению или бредовое расстройство.

З. Лечение. Необходимо изолировать партнёров друг от друга и оказать помощь пассивному и зависимому в поиске иных способов поддержки и компенсации утраченных взаимоотношений. Могут быть эффективны нейролептики.

Отечественная психиатрия и МКБ-10 допускают индуцированные психотические расстройства даже в группах, члены которых (а не только члены одной семьи) по самым различным причинам зависят от индуктора. Например, индуцированный бред возможен в религиозных группах. В МКБ-10, в отличие от настоящего руководства, рассматриваемому диагнозу не противоречит выявление индуцированных галлюцинаций. В последние годы наблюдается учащение индуцированных психозов, нередко приводящих к совершению тяжких правонарушений.

VI. ПОСЛЕРОДОВОЙ ПСИХОЗ

А. Определение. Психотическое состояние, возникающее у женщины после родов, характеризующееся выраженной депрессией и бредом. Иногда возникает в рамках расстройства настроения, кратковременного психотического расстройства либо вторичного психотического расстройства.

Б. Диагноз и симптомы. В большинстве случаев расстройство возникает на 2-3-й день после родов. Появляются нарушения сна, беспокойство и эмоциональная лабильность. Позднее возникают спутанность сознания, алогичность мышления, бредовые состояния и навязчивое беспокойство о

судьбе младенца. Характерны мысли о причинении вреда ему или ей самой.

В. Эпидемиология. Послеродовой психоз наблюдается у 1-2 из 1000 родильниц. В большинстве случаев возникает у первородящих женщин.

Г

138 Глава 8 VII

Г. Этиология. Расстройство считается вторичным по отношению к фоновому психическому заболеванию — шизофрении и маниакально-депрессивному психозу.

1. Возникновению расстройства может способствовать внезапное изменение уровня гормонов после родов.

2. Возможны психодинамические конфликты, связанные с материнством, нежелательной беременностью, несчастливым браком, страхом материнства.

Д. Дифференциальный диагноз

1. Послеродовая меланхолия. После родов у большинства женщин возникает эмоциональная лабильность. Расстройство проходит самопроизвольно. Признаки расстройства мышления отсутствуют.

2. Расстройство настроения, вызванное психоактивным веществом. Депрессия, связанная с посленаркозным состоянием, например после кесарева сечения или аналгезией с использованием скополаминмеперидина (демерол) при поверхностном наркозе.

3. Психическое расстройство, обусловленное соматическим или неврологическим заболеванием. Исключение инфекций, нарушений гормонального баланса (например, при гипотиреозе), энцефалопатии, связанной с токсикозом беременных, пре-эклампсии.

Е. Течение и прогноз. При отсутствии лечения существует высокий риск детоубийства и самоубийства. Благоприятствуют прогнозу активная поддержка членов семьи, благополучный преморбид и правильное лечение.

Ж. Лечение. Необходимо принять меры по предотвращению самоубийства даже при отсутствии у больных суицидальных мыслей. Нельзя оставлять младенца наедине с матерью при наличии у неё бредовых идей или навязчивых мыслей в отношении здоровья ребёнка.

1. Медикаментозное лечение. Применяют антидепрессанты при наличии суицидальных мыслей и депрессии, анксиолитики — при ажитации, бессоннице (лоразепам по 0,5 мг каждые 4-6 ч, литий при маниакальном состоянии, нейролептики при бредовых состояниях, в том числе галоперидол по 0,5 мг каждые 6 ч).

2. Психотерапия. Психотерапия (индивидуальная и семейная) направлена на разрешение внутриспсихических и межличностных конфликтов. Вопрос о выписке из роддома матери и младенца следует рассматривать лишь после найма няни. Это позволит ослабить воздействие стрессовых факторов, связанных с заботой о новорожденном.

В отечественной психиатрии считается, что послеродовой психоз всегда протекает на депрессивном фоне, что совпадает с диагностическими критериями МКБ-10 (рубрики F53.1, F53.8, F53.9), причём последней рубрикой обозначается неуточнённое послеродовое психическое расстройство. Прослеживается этиологическая связь послеродового психоза с психодинамическими и межличностными конфликтами, обусловленными материнством.

В отечественной психиатрии считается, что послеродовой психоз всегда протекает на депрессивном фоне, что совпадает с диагностическими критериями МКБ-10 (рубрики F53.1, F53.8, F53.9), причём последней рубрикой обозначается неуточнённое послеродовое психическое расстройство. Прослеживается этиологическая связь послеродового психоза с психодинамическими и межличностными конфликтами, обусловленными материнством.

VII. ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО НЕУТОЧНЁННОЕ

А. Определение. Психотическое расстройство, клинические проявления которого не соответствуют диагностическим критериям других известных психотических расстройств. По своей сути это атипичные психозы.

Б. Диагноз и симптомы. Данная диагностическая категория включает расстройства с разнообразными психотическими проявлениями (например, бред, галлюцинации, разорванность мышления, кататонические симптомы), не определяемые как специфические психотические расстройства. К их числу относятся послеродовые психозы, а также редкие синдромы, например обусловленные специфическими социально-культурными особенностями.

Таблица 8-6 Диагностические критерии психотического расстройства неуточнённого по DSM-IV

Психотическая симптоматика (бред, галлюцинации, бессвязная речь, крайне дезорганизованное поведение или кататонические нарушения), информация о которой недостаточна или противоречива, чтобы ставить точный диагноз, или расстройства с психотической симптоматикой, не отвечающие критериям специфического психотического расстройства Примеры.

1. Послеродовой психоз, не отвечающий критериям расстройства настроения с психотическими симптомами, кратковременного психотического расстройства, психотического расстройства, обусловленного соматическим или неврологическим заболеванием, или психотического расстройства, вызванного психоактивным веществом
2. Психотические симптомы, наблюдающиеся менее 1 мес без ремиссий, не отвечающие критериям определённого психотического расстройства
3. Устойчивые слуховые галлюцинации при отсутствии других симптомов психического расстройства
4. Стойкий бред обыденного содержания с периодически возникающими на его фоне депрессивными маниакальными или смешанными эпизодами, которые отмечались в течение значительного времени
5. Психотическое расстройство, при котором невозможно определить, является ли оно первичным или обусловлено соматическим, неврологическим заболеванием или воздействием психоактивного вещества

В. Дифференциальный диагноз

1. Ауотоскопический психоз. Редко встречающийся галлюцинаторный психоз, при котором пациент видит призрачный образ своего тела. Расстройство является психогенным, однако перед постановкой диагноза следует исключить наличие опухоли ви-сочно-теменной доли. Состояние улучшается в результате психотерапии и лечения нейролептиками.
2. Синдром Катра. Бредовая убеждённость в том, что люди, окружающие больного, являются не реальными лицами, а двойниками, которые имитируют его действия, или самозванцами, которые присвоили себе роль других лиц. Наблюдается при шизофрении. Лечение нейролептиками. Психотерапия эффективна для понимания динамики бредовой убеждённости, которая, например, может возникнуть вследствие недоверия пациента к некоторым реальным лицам в его окружении.
3. Синдром Котара. Нигилистический бред, при котором больной считает, что нет ничего реально существующего, что его тело распадается, близится конец света. Обычно наблюдается при шизофрении или тяжёлом течении маниакально-депрессивного психоза. Может быть ранним проявлением болезни Альцгеймера. Нейролептики и антидепрессанты могут улучшить состояние больного.

140 Глава 8 VIIВ

Под неуточнённым психотическим расстройством в отечественной психиатрии понимают психотическое состояние неясного генеза, а в DSM-IV—клинически атипичные состояния. Отнесение к этой группе послеродовых психозов не совсем правомерно, так как их диагностические критерии достаточно очерчены, а этиология предполагает воздействие факторов, связанных с родами.

Расстройства настроения

I. ВВЕДЕНИЕ

Настроение — эмоциональное состояние, переживаемое человеком, которое представляет собой смену радости и печали в зависимости от обстоятельств. Расстройства настроения характеризуются патологическим чувством подавленности или эйфории, в тяжёлых случаях протекающих с психотическими симптомами. Расстройства настроения подразделяют на биполярные и депрессивные.

Исследования, проведенные под эгидой ВОЗ, дали неожиданные и шокирующие результаты: к 2020 г. психические заболевания будут среди ведущих причин инвалидизации населения планеты, а униполярная депрессия будет занимать второе место среди основных 10 заболеваний, приводящих к инвалидности (после ишемической болезни сердца).

II. ДИАГНОЗ. ПРИЗНАКИ И СИМПТОМЫ

A. Депрессия (большой депрессивный эпизод).

1. Сведения, полученные из истории болезни

а. Ангедония — утрата ощущения удовольствия.

б. Отдаление от друзей и семьи.

в. Утрата побуждений к деятельности, низкий уровень фрустрационной устойчивости.

г. Вегетативные симптомы: i. Снижение либидо.

и. Потеря массы тела, анорексия (отказ от пищи).

ш. Увеличение массы тела и гиперфагия.

iv. Снижение энергичности, упадок сил, повышенная утомляемость.

v. Ненормальные месячные.

vi. Расстройства сна (у 75% пациентов), в том числе на конечной стадии сна, раннее

пробуждение по утрам и гиперсомния (сонливость). vii. Суточные колебания (симптомы более выражены утром).

д. Запоры.

е. Сухость во рту.

ж. Головная боль.

2. Сведения, полученные в результате обследования психического состояния

а. Внешний вид и поведение. Психомоторная заторможенность или психомоторное возбуждение, пациент слезлив, удручен, не следит за своей внешностью, не смотрит на собеседника.

б. Эмоциональная реакция. Притуплённая, бурная.

в. Настроение. Подавленное, раздражительное, разочарованное, печальное.

г. Речь. Невыразительная, односложная, с длительными паузами, тихая, монотонная; обеднение или отсутствие спонтанной речи.

141

т

142 Глава 9 ПА

Таблица 9-1. Диагностические критерии большого депрессивного эпизода по DSMIV

A. Пять или более из следующих симптомов наблюдаются на протяжении 2 нед, вызывая нарушения нормальной жизнедеятельности; по крайней мере один из них — это подавленное настроение либо потеря интереса к окружающему и утрата ощущения удовольствия. Примечание. Сюда не относятся симптомы, обусловленные соматическим заболеванием, а также не соответствующие аффекту бредовые состояния и галлюцинации

1. Подавленное настроение сохраняется большую часть дня и почти ежедневно, согласно субъективной оценке (например, ощущение печали или пустоты) или объективному наблюдению (например, пациент плачет). Примечание. У детей и подростков возможна раздражительность

2. Выраженное снижение заинтересованности или утрата удовольствия от

выполнения всех или почти всех видов деятельности большую часть дня и почти ежедневно (согласно субъективной оценке или объективному наблюдению)

3. Значительное снижение массы тела, не связанное с диетой, её увеличение (например, на 5% за месяц) либо пониженный или повышенный аппетит почти каждый день. У детей следует учитывать отсутствие нормальной прибавки массы тела

4. Бессонница или сонливость почти ежедневно

5. Психомоторное возбуждение или психомоторная заторможенность почти каждый день (с точки зрения других, а не по субъективному ощущению неугомонности или вялости)

6. Усталость либо упадок сил почти ежедневно

7. Ощущение собственной никчёмности либо чрезмерное или безосновательное чувство вины (которое может иметь бредовой характер) почти ежедневно (не просто самобичевание или самообвинение в своём заболевании)

8. Сниженная способность думать и сосредоточиваться либо проявления нерешительности почти каждый день (по субъективной оценке или с точки зрения окружающих)

9. Периодически возникающие мысли о смерти (не только страх перед смертью), периодически возникающие мысли о самоубийстве или попытки без определённого плана покончить с собой или суицидальные попытки с наличием такого плана

Б. Симптомы не соответствуют критериям смешанного эпизода

В. Симптомы вызывают клинически выраженный дистресс или нарушение в социальной, трудовой или других сферах жизнедеятельности

Г. Симптомы не имеют прямой патофизиологической связи с воздействием психоактивного вещества (например, при злоупотреблении наркотическим веществом или лекарственным средством) и не обусловлены соматическим или неврологическим заболеванием (например, гипотиреозом)

Д. Симптомы не вызваны тяжёлой утратой, например смертью любимого человека, сохраняются более 2 мес либо характеризуются заметным ухудшением жизнедеятельности, болезненным переживанием собственной бесполезности, суицидальными мыслями. Имеются психотические симптомы или психомоторная заторможенность

д. Содержание мыслей. Суицидальные мысли свойственны 60% больных депрессией, 15% пациентов совершают попытку самоубийства; навязчивые мысли, глубокое чувство безнадежности, собственной бесполезности и виновности, чрезмерная озабоченность состоянием своего здоровья, нерешительность, бедность содержания мыслей, галлюцинации и бредовые состояния (соответствующие настроению темы виновности, обнищания, заслуженного наказания), аспонтанность.

е. Сознание. Повышенная отвлекаемость, трудности при концентрации внимания, жалобы на плохую память, явная дезориентировка; способность к абстрактному мышлению снижена.

Расстройства настроения 143

ж. Адекватная самооценка и способность к умозаключениям. Снижены из-за нарушения познавательного процесса; ощущение собственной никчёмности.

3. Симптомы, связанные с депрессией

а. Жалобы на соматическое состояние могут быть проявлением скрытой депрессии, особенно жалобы на работу сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечной, мочеполовой, опорно-двигательной систем, на боль в пояснице.

б. Содержание бреда и галлюцинаций обычно соответствует подавленному настроению; наиболее часто встречаются бред самообвинения, обнищания и

заслуженного наказания, а также соматический и нигилистический (бред гибели мира). Но иногда встречается бред, содержание которого не соответствует настроению и не связано с доминирующим эмоциональным состоянием, например бред вкладывания и передачи мыслей, бред воздействия, преследования.

4. Симптомы, связанные с возрастом. Депрессия может возникать в разном возрасте.

а. Препубертатный период. Жалобы на соматическое состояние, ажитация, слуховые галлюцинации, произносимые одним и тем же голосом, тревога, фобии.

б. Пубертатный период. Злоупотребление психоактивными веществами, антисоциальное поведение, неугомонность, уход из школы, трудности в учёбе, неразборчивость в знакомствах, повышенная чувствительность к негативным оценкам со стороны окружающих, неопрятность.

в. Старость. Интеллектуальные нарушения, утрата памяти, дезориентировка, спутанность сознания; псевдодеменция или деменция в сочетании с депрессией, апатия, патологически повышенная отвлекаемость.

В отечественной психиатрии депрессии подразделяют на эндогенные (в рамках шизофрении, маниакально-депрессивного психоза — МДП) и социально обусловленные, психогенные — реактивные депрессии. Выделяют также соматогенные депрессивные расстройства.

Предпочтительна следующая классификация депрессий: простые депрессивные состояния с преобладанием гипотимических расстройств или нарушений анергического характера (меланхолическая, тревожная, анестетическая, адинамическая, апатическая, дисфорическая депрессия) и сложные депрессивные состояния (сенестопохондрическая депрессия, депрессия с бредом, галлюцинациями, кататоническими расстройствами). В рамках аффективных расстройств по МКБ-10 (F30—F39) рассматривается два основных варианта депрессий: депрессия с соматическими симптомами и депрессия с психотическими симптомами. При большом депрессивном эпизоде без психотических симптомов (F32.2) предполагается, что соматические расстройства встречаются практически всегда. В DSM-IV отсутствует привычная для отечественных клиницистов категория МДП. Его место заняла рубрика «биполярное аффективное расстройство».

Б. Мания (маниакальный эпизод)

1. Сведения, полученные из истории болезни

а. Безрассудное, неконтролируемое поведение: i. Чрезмерная трата денег.

и. Чрезмерное увлечение азартными играми. Hi. Повышенная сексуальность, беспорядочные сексуальные связи.

б. Принятие на себя большого объёма работы и ответственности.

в. Низкий уровень фрустрационной устойчивости.

144 Глава 9 ИБ

Таблица 9-2. Диагностические критерии маниакального эпизода по DSM-IV

А. Определённый период, отмеченный патологической устойчивой приподнятостью настроения, экспансивностью или раздражительностью, продолжающийся не менее 1 нед (или любой продолжительности при необходимости госпитализации)

Б. В течение этого периода три или более из следующих симптомов проявляются устойчиво (четыре, если настроение характеризуется раздражительностью) и в значительной степени:

1. Переоценка своей личности или склонность к грандиозным идеям

2. Уменьшение потребности во сне (например, до 3 ч в сутки)

3. Большая, чем обычно, разговорчивость либо потребность говорить

4. Ускорение темпа мышления либо субъективное ощущение скачки мыслей

5. Патологически повышенная отвлекаемость (внимание легко переключается под влиянием незначительных либо не имеющих отношения к

предмету разговора внешних стимулов)

6. Повышенная активность, направленная на достижение какой-либо цели (социальной, трудовой, образовательной, сексуальной) или психомоторное возбуждение

7. Чрезмерное увлечение деятельностью, приносящей удовольствие, которая может иметь пагубные последствия (например, неконтролируемое стремление делать покупки ради забавы, беспорядочность в сексуальных связях или легкомысленные капиталовложения)

В. Симптомы не соответствуют критериям смешанного эпизода

Г. Выраженные эмоциональные расстройства, вызывающие значительные нарушения в трудовой, социальной сферах либо в отношениях с людьми; иногда необходима госпитализация для предотвращения возможного причинения вреда себе или другим; могут возникать психотические состояния

Д. Симптомы не имеют прямой связи с воздействием психоактивного вещества (например, при злоупотреблении лекарственным или наркотическим средством) и не обусловлены соматическим или неврологическим заболеванием (например, гипертиреозом)

Примечание. Схожие с маниакальным эпизоды, которые возникли в процессе лечения депрессии, не должны приниматься во внимание при определении диагноза биполярного расстройства I типа

г. Вегетативные симптомы: i. Повышенное либидо. и. Снижение массы тела, анорексия.

Нi. Бессонница (выражена при отсутствии потребности во сне). iv. Избыток энергии. 2. Сведения, полученные в результате обследования психического состояния

а. Внешний вид и поведение. Психомоторное возбуждение, стремление понравиться, бросакая одежда, неумеренное использование косметики, невнимание к собственной внешности или причудливость одежды, навязчивость в поведении, жажда развлечений, угрозы, повышенная возбудимость.

б. Эмоциональная реакция. Лабильная, бурная (могут наблюдаться внезапные отклонения в сторону депрессии).

в. Настроение. Эйфория, экспансивность, раздражительность, предъявление необоснованных требований, заигрывание.

г. Речь. Напористая, громкая, драматизированная, излишне артикулированная, может стать бессвязной.

д. Содержание мыслей. Завышенная самооценка, грандиозные идеи, крайняя эгоистичность, бредовые состояния и (реже) галлюцинации (их тематика — неимоверная собственная значимость и могущество, коррелирующая с настроением; обычно носит грандиозный и параноидный характер).

Расстройства настроения 145

е. Процесс мышления. Поток мыслей (в тяжёлых случаях мышление может быть бессвязным), скачка идей, неологизмы, ассоциации, вызванные звуками, поверхностность мышления, детализация.

ж. Сознание. Повышенная отвлекаемость, трудность концентрации внимания; память, если она не снижена по другим причинам, обычно сохранена; абстрактное мышление обычно не нарушено.

з. Адекватная самооценка и способность к умозаключениям. Значительно искажены; часто наблюдается полное отрицание наличия у себя заболевания и неспособность принимать продуманные и рациональные решения.

В. Депрессивные расстройства

1. Большое депрессивное расстройство (монополярная депрессия, монополярное расстройство). Тяжёлое эпизодическое депрессивное расстройство. Симптомы наблюдаются не менее 2 нед и приводят к нарушению повседневной жизнедеятельности. У женщин встречается чаще, чем у мужчин (соотношение 2:1). Необдуманность поступков у 25% пациентов. Суточные колебания проявляются ухудшением состояния по утрам.

Наблюдается психомоторная заторможенность или психомоторное возбуждение. Бредовые состояния связаны с вегетативными симптомами и настроением; могут наблюдаться галлюцинации. Средний возраст начала заболевания — 40 лет, однако возможно возникновение в любом возрасте. На заболевание влияют генетические факторы.

а. Большое депрессивное расстройство с симптомами меланхолии. В тяжёлых случаях эффективна биологическая терапия.

б. Хронический большой депрессивный эпизод. Длительность не менее 2 лет, чаще всего у пожилых мужчин, особенно злоупотребляющих алкоголем и другими психоактивными веществами; пациенты слабо реагируют на медикаментозное лечение. Встречается у 10-15% больных с большим депрессивным расстройством. Может проявляться как составная часть биполярного расстройства I или II типа.

Таблица 9-3. Диагностические критерии для определения симптомов меланхолии по DSM-IV

Большое депрессивное расстройство с симптомами меланхолии (в связи с текущим или произошедшим только что большим депрессивным эпизодом большого депрессивного расстройства либо в связи с большим депрессивным эпизодом биполярного расстройства I или II типа, если он произошёл недавно)

А. Любой из следующих симптомов наблюдается в течение наиболее тяжёлого периода текущего эпизода:

1. Утрата удовольствия от занятия каким-либо видом деятельности
2. Отсутствие реакции на стимулы, обычно доставляющие удовольствие (состояние не улучшается даже тогда, когда происходит что-то хорошее)

Б. Три или более из следующих симптомов:

1. Характерная особенность подавленного настроения (ощущение подавленности, отличное от того, которое возникает после смерти любимого человека)
2. Проявления депрессии более выражены по утрам
3. Раннее пробуждение (более чем на 2 ч раньше обычного)
4. Выраженная психомоторная заторможенность или психомоторное возбуждение
5. Значительное снижение аппетита либо потеря массы тела
6. Чрезмерное или безосновательное чувство вины

146 Глава 9 IIВ

в. Большое депрессивное расстройство сезонного характера. Депрессия, которая наступает зимой, с сокращением светлого времени суток. Уменьшается и исчезает с наступлением весны и лета; также известно под названием сезонного аффективного расстройства. Характеризуется сонливостью, повышенным аппетитом и замедлением психомоторной деятельности. Связано с ненормальным метаболизмом мелатонина. Лечение включает воздействие ярким искусственным светом на протяжении 2-6 ч в день. Может также проявляться как составная часть биполярного расстройства I или II типа.

г. Большое депрессивное расстройство послеродового периода. Тяжёлая депрессия, начинающаяся в течение 4 нед после родов. Чаще встречается у женщин с уже существующими расстройствами настроения либо с другими психическими расстройствами. Диапазон симптомов — от выраженной бессонницы, эмоциональной лабильности, усталости до суицидальных попыток. Возможны бредовые идеи и мысли об убийстве ребёнка. Может потребоваться неотложная психиатрическая помощь из-за прямой угрозы для жизни матери и ребёнка. Последнее также отмечается при маниакальных или смешанных эпизодах либо при кратковременном психотическом расстройстве (см. главу 8).

д. Большое депрессивное расстройство с атипичными симптомами. Иногда обозначается как истерическая дисфория. Большой депрессивный эпизод,

чаще характеризующийся увеличением массы тела и сонливостью, нежели потерей массы тела и бессонницей. У женщин встречается чаще, чем у мужчин (соотношение 2-3:1). Нередко сопровождается большим депрессивным расстройством сезонного характера. Также может проявляться как составная часть биполярного расстройства I или II типа и дистимического расстройства.

е. Псевдодеменция. Большое депрессивное расстройство, выражающееся в нарушении интеллекта, похожем на деменцию. Возникает у пожилых людей. Чаще проявляется у пациентов, которые уже страдали расстройствами настроения. Депрессия преобладает и предшествует интеллектуальному расстройству. Эффективна электросудорожная терапия (ЭСТ) или антидепрессанты.

ж. Депрессия у детей. Встречается нередко. Симптомы те же, что и у взрослых. Скрытая депрессия проявляется в бегстве из дома, в боязни идти в школу, в злоупотреблении психоактивными веществами. Возможны суициды.

з. Двойная депрессия. У пациента с дистимическим расстройством параллельно развивается большое депрессивное расстройство (у 10-15% пациентов).

и. Атипичная депрессия. Согласно DSM-IV, известна как неутраченное депрессивное расстройство. Депрессивные симптомы, которые не соответствуют критериям специфического расстройства настроения, например малое депрессивное расстройство, кратковременное рекуррентное депрессивное расстройство и предменструальное дисфорическое расстройство.

2. Дистимическое расстройство (по прежней терминологии, депрессивный невроз). Менее тяжёлое, чем большое депрессивное расстройство; у женщин встречается чаще и с заметной тенденцией к хроническому течению. Постепенное начало. Наиболее часто наблюдается у людей, испытавших длительный стресс или внезапную утрату; нередко сосуществует с другими расстройствами — злоупотреблением психоактивными веществами, личностным и обсессивно-компульсивным расстройством. Состояние ухудшается к вечеру. Возраст начала заболевания — 20-40 лет,

Расстройства настроения 147

однако наблюдаются расстройства с ранним началом — до 21 года. Чаще всего встречается среди прямых родственников, страдающих большим депрессивным расстройством. Диагностика должна включать не менее 2 из следующих симптомов: повышенный или пониженный аппетит, нарушение сна, повышенная утомляемость, пониженная самооценка, трудности при концентрации внимания, сложности в принятии решений, ощущение безнадежности.

Термин «дистимия» традиционно соответствует понятию депрессивного невроза или невротической депрессии. При дистимии необходимо учитывать хроническое флюктуирующее течение субсиндромальных депрессивных расстройств и отсутствие психотических симптомов и эпизодов гипомании. Дистимическое расстройство рассматривается в DSM-IV (300.4) в разделе депрессивных расстройств. Отсутствует однозначный ответ на вопрос, является ли дистимическое расстройство только аффективной патологией или оно относится к патологии личности.

Г. Биполярные расстройства

В отечественной психиатрии эти расстройства описываются в рамках МДП.

1. Биполярное расстройство I типа. Симптомы соответствуют критериям маниакального либо смешанного эпизода и обычно настолько выражены, что требуется госпитализация. Может наблюдаться большой депрессивный или гипоманиакальный эпизод.

2. Биполярное расстройство II типа. У пациента наблюдается не менее одного большого депрессивного эпизода и не менее одного гипоманиакального, но не маниакального эпизода.

3. Биполярное расстройство с быстрым чередованием эпизодов. Чередующиеся маниакальные и депрессивные эпизоды с промежутком 48-72 ч. Биполярное расстройство со смешанными или быстро сменяющимися друг друга эпизодами носит более тяжёлый хронический характер, чем биполярное расстройство без чередования эпизодов.

4. Мания у подростков. Признаки маниакального синдрома, проявляющиеся в виде злоупотребления психоактивными веществами, алкоголизма, антисоциального поведения.

5. Циклотимическое расстройство. Менее тяжёлое, чем биполярное расстройство, с чередующимися периодами гипомании и умеренно выраженной депрессии. Хроническое состояние без психотических явлений. Симптомы должны наблюдаться на протяжении не менее 2 лет. У мужчин и женщин встречается одинаково часто. Начало, как правило, постепенное, возникает в конце подросткового возраста или в раннем юношеском возрасте. Сопровождается злоупотреблением психоактивными веществами. Большое депрессивное расстройство и биполярное расстройство чаще встречаются у прямых родственников, чем в популяции. Рекуррентная эмоциональная лабильность может привести к трудностям в социальной и трудовой деятельности. Для лечения возможно использование препаратов лития.

Циклотимия (циклотимическое расстройство по DSM-IV; 301.13) характеризуется хроническим флюктуирующим течением с многочисленными эпизодами гипомании и нерезко выраженной депрессии. Глубина депрессии не достигает уровня большого депрессивного эпизода. В классификации МКБ-10 циклотимия (F34.0) находится вне рамок биполярного аффективного расстройства и относится к группе хронических (аффективных) расстройств настроения (F34).

148 Глава 9 III

III. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Таблица 9-4. Эпидемиология большого депрессивного расстройства и биполярного расстройства I типа

	Большое депрессивное расстройство	Биполярное расстройство I типа
Заболеваемость	1 на 100 у мужчин 100 у женщин	1,2 на 100 у мужчин на 100 у женщин
Распространённость	2-3 на 100 у мужчин на 100 у женщин	1 на 100 у мужчин и женщин
Переходя в хроническую форму	У 10% мужчин и женщин	У 20% у 1 % мужчин и женщин
Пол	Соотношение женщин и мужчин 2:1	У мужчин и женщин (вероятность заболевания у женщин может быть несколько выше)
Возраст	40 лет — средний возраст начала заболевания у мужчин и женщин В 10% случаев заболевание возникает после 60 лет Небольшой пик заболеваемости в подростковом возрасте В 50% случаев заболевание возникает до 40 лет	30 лет — средний возраст начала заболевания у мужчин и женщин
Расовая	Не имеет значения	Не имеет значения

принадлеж
ность

Социокультурная среда	Повышенный риск заболеваемости в семьях, где злоупотребляют алкоголем, где есть случаи депрессией, где утрата родителей произошла до 13 лет. Незначительно повышен риск заболеваемости в низших социально-экономических слоях общества	Повышенный риск заболеваемости в семьях, где были случаи маниакальным синдромом или биполярными расстройствами. Городская обстановка имеет значения. Незначительно снижен риск заболеваемости в более высоких социально-экономических слоях общества
Семейный анамнез	Вероятность наследуемости выше при биполярном расстройстве, чем при депрессии. Для прямых родственников риск составляет примерно 10-13%	20-25% случаев риска среди прямых родственников. У 50% пациентов, страдающих биполярным расстройством, один из родителей страдает расстройством настроения. При заболевании биполярным расстройством одного из родителей риск развития биполярного расстройства у ребенка равен 25%. При заболевании биполярным расстройством обоих родителей риск развития биполярного расстройства у ребёнка равен 50-75%.
	Показатель конкордантности у монозиготных близнецов выше, чем у дизиготных, при биполярном расстройстве равен 40-70%, у дизиготных — 20%	Показатель конкордантности у монозиготных близнецов выше, чем у дизиготных, при биполярном расстройстве равен 40-70%, у дизиготных — 20%

Расстройства настроения 149

IV. ЭТИОЛОГИЯ

А. Биологические факторы

1. Нейрохимические процессы. Пониженная активность биогенных аминов (серото-нина, норадреналина, дофамина) при депрессии, повышенная активность при маниакальном синдроме. Изменено содержание в крови, моче и спинномозговой жидкости метаболитов биогенных аминов: 5-гидроксииндолацетилловой кислоты (продукт серо-тонина), гомованилиновой кислоты (продукт дофамина), 3-метокси-4-гидроксифенил-гликоля (продукт

норадреналина). У некоторых сверхагрессивных больных, а также у больных с суицидальными мыслями наблюдается пониженное содержание метаболитов серотонина в спинномозговой жидкости и нарушение регулирования адренергической и холинергической систем с преобладанием холинергического компонента.

2. Гормональные процессы. Нейроэндокринные нарушения, вероятно, отражают нарушения регуляции поступления биогенных аминов в гипоталамус. Система гипоталамус—гипофиз—надпочечники гиперактивна при депрессии, что приводит к повышенной секреции кортизола. Во время депрессии также наблюдается уменьшение высвобождения тиреостимулирующего гормона, гормона роста, фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов и тестостерона. Иммунные функции замедлены при маниакальном синдроме и депрессии.

3. Сон. Нарушения сна отмечаются у 60-65% пациентов с расстройствами настроения. При депрессии наблюдается увеличение фазы быстрого сна (REM) в первом периоде сна, общее увеличение времени быстрого сна (начало первого периода быстрого сна сразу после засыпания), укорочена IV фаза сна. Частые пробуждения обычны во время маниакального синдрома одновременно с общим сокращением продолжительности сна.

4. Генетические факторы. Биполярное и депрессивное расстройства могут наблюдаться у прямых родственников, но вероятность наследуемости выше для биполярного расстройства.

Если один из родителей страдает биполярным расстройством I типа, вероятность развития расстройства настроения у ребёнка равно 25%. Если оба родителя страдают биполярным расстройством I типа, вероятность развития расстройства настроения у ребёнка повышается до 50-75%. Если один из монозиготных близнецов страдает биполярным расстройством I типа, вероятность развития этого расстройства у другого монозиготного близнеца равна 33-90% (у дизиготных близнецов 5-25%). В случае, если один из монозиготных близнецов страдает большим депрессивным расстройством, вероятность возникновения этого расстройства у другого близнеца равна 50% (у дизиготных близнецов 10-15%).

Последовательная генетическая связь не наблюдается. Связь между расстройствами настроения, в особенности биполярным расстройством I типа, и генетическими маркерами описана для хромосом 5, 11 и X. Б. Психосоциальные факторы

1. Психоаналитические факторы. Символическая или реальная потеря любимого человека (объекта любви) воспринимается как отказ. Мания и приподнятое настроение рассматриваются как защита от фоновой депрессии. Непреклонное супер-эго наказывает человека при каждом появлении чувства вины в отношении сексуальных и агрессивных побуждений. Фрейд описывал внутреннюю психическую двойственность

150 Глава 9 VA

по отношению к объекту любви, которая в случае потери объекта или восприятия его как потерянного может вызвать патологическое уныние. Это уныние принимает форму глубокой депрессии с чувством вины, ощущением собственной бесполезности и суицидальными мыслями.

2. Когнитивные факторы. Когнитивная триада А. Бека: 1) негативное отношение к самому себе («дела идут плохо, потому что я плохой»); 2) негативная интерпретация жизненного опыта («всё всегда было плохо»); 3) пессимистический взгляд на будущее (ожидание неудачи). Согласно теории приобретённой беспомощности, депрессия является следствием неспособности контролировать жизненные события. Теория разработана на основе наблюдений за поведением животных, во время эксперимента подвергавшихся неожиданным ударам электрического тока, которых они не могли избежать.

V. ЛАБОРАТОРНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

А. Дексаметазоновая проба. Отсутствие подавления секреции кортизола (положительный результат), обусловленное его гиперсекрецией, вызванной гиперактивностью системы гипоталамус—гипофиз—надпочечники. Наблюдается в 50% случаев заболевания депрессией. Ограниченное клиническое применение из-за частых ошибочно положительных и ошибочно отрицательных результатов. Пониженное выделение тиреостимулирующего гормона как реакция на тиреотропинвысвобождающий гормон; встречается при депрессии и маниакальном синдроме. Высвобождение пролактина пониженное как реакция на триптофан. Результаты тестов спорны.

Б. Психологические тесты

1. Шкала самооценки Цунга. Пациент сам оценивает результаты теста; позволяет определить степень интенсивности депрессии.

2. Шкала депрессии Гамильтона. Результаты теста оценивает тот, кто его проводит.

3. Тест Роршаха. Стандартный набор из 10 цветowych таблиц («пятен»), которые предлагают пациенту для интерпретации. Результаты теста оценивает тот, кто его проводит. При депрессии наблюдаются скудная ассоциативно-интеллектуальная деятельность, замедленное реагирование.

4. Тематический апперцептивный тест. Серия из 30 картинок с изображением ситуаций, которые допускают двусмысленное толкование. Пациенту предлагается прокомментировать каждую ситуацию. Рассказы пациентов с симптомами депрессии печальны, рассказы пациентов с маниакальными симптомами величественны и драматичны.

5. Визуальные исследования деятельности головного мозга. Незначительные изменения головного мозга. Сканирование методом компьютерной томографии показывает, что у пациентов с симптомами мании или психотической депрессии расширены желудочки мозга; у некоторых пациентов с симптомами депрессии наблюдается снижение притока крови к базальным ядрам. Исследования с использованием магнитного резонанса также показали, что у пациентов с симптомами большого депрессивного расстройства хвостатые ядра и лобные доли меньше, чем у здоровых людей. Результаты обследования пациентов с симптомами биполярного расстройства I типа с помощью магнито-резонансной спектроскопии соответствуют гипотезе о том, что патофизиологические особенности расстройства могут включать в себя ненормальное регулирование фосфолипидного обмена в мембранах.

Расстройства настроения 151

VI. ПСИХОДИНАМИКА

При депрессии интроекция амбивалентно воспринимаемого потерянного объекта приводит к внутреннему конфликту, чувству вины, ярости, боли и отвращению; патологическое уныние принимает форму депрессии, поскольку амбивалентное отношение к потерянному объекту трансформируется на самого себя. При маниакальном синдроме ощущение собственной никчёмности и бесполезности преобразуется посредством отрицания, формирования реакции и экспансивного бреда.

VII. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

А. Расстройство настроения, обусловленное соматическим заболеванием.

Симптомы депрессии, мании либо и те и другие вместе или симптомы большого депрессивного эпизода, вторичные по отношению к соматическому заболеванию, например к опухоли мозга, расстройству обмена веществ, болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), синдрому Кушинга (табл. 9-6). Обычно наблюдаются расстройства познавательных функций.

1. Психическое расстройство, связанное с микседемой. Гипотиреоз сопровождается утомляемостью, депрессией и суицидальными мыслями.

Возможно некоторое сходство с шизофренией в расстройствах мышления, бредовых состояниях, галлюцинациях, паранойе и ажитации. Чаше встречается у женщин.

2. Синдром «сумасшедшего шляпника» (Mad Hatter's syndrome). Хроническое отравление ртутью, которое проявляется маниакальными (иногда депрессивными) симптомами. [Синдром назван по одному из персонажей сказки Л. Кэрролла «Алиса в стране чудес» (в русском переводе — Болванщик). Действительно, в прошлом у шляпников, работавших с фетром, который обычно обрабатывали ртутью, нередко возникали отравления с психическими и неврологическими расстройствами].

Б. Шизофрения. Проявления шизофрении могут быть похожи на проявления маниакального, большого депрессивного или смешанного эпизода с психотическими симптомами. При дифференциации следует учитывать такие факторы, как семейный анамнез, течение болезни, преморбид и реакция на медикаментозное лечение. Депрессивный или маниакальный эпизод с симптоматикой, соответствующей настроению (бредовые или галлюцинаторные состояния, в том числе бред вкладывания и передачи мыслей, разорванность мышления, значительная утрата чувства реальности или странное поведение), может быть ошибочно принят за симптомы шизофрении; прогноз болезни в этом случае будет, естественно, менее благоприятным, чем при депрессии или маниакальном синдроме с соответствующими настроению симптомами.

В. Горе. Не истинное расстройство. В DSM-IV известно под названием «тяжёлая утрата». Глубокая печаль, вызванная тяжёлой утратой. Проявления могут быть сходны с проявлениями большого депрессивного расстройства. Ангедония, отчуждение и вегетативные симптомы со временем ослабевают. Отличается от большого депрессивного расстройства отсутствием суицидальных мыслей и глубокого чувства беспомощности и собственной бесполезности. Обычно проходит в течение одного года. При наличии предрасположенности может перейти в большой депрессивный эпизод.

Настроени е	Депрессивный синдром Подавленное, раздражительное тревожное (пациент тем не менее может улыбаться или отрицать субъективную смену настроения, вместо этого жалуясь на боль или другое недомогание)	Маниакальный синдром или Приподнятое, раздражительное или враждебное Быстро преходящая слезливость (как часть смешанного состояния)
Сопутствую щие психологич еские проявления	Недостаток уверенности в себе, низкая самооценка, самобичевание Плохая концентрация внимания, нерешительность Редуцированное чувство радости, потеря интереса к обычным видам деятельности, привязанностей,	Самооценка повышенная, элементами хвастовства, грандиозности Скачка идей, вызванные звуками мысли скорее порождаются звучанием слов,

	социальная отчуждённость	нежели их смыслом),
	Пессимистичные	патологически
	ожидания, безнадёжность,	повышенная
	беспомощность,	отвлекаемость
	повышенная зависимость	Повышенный интерес
	Периодически	к новым видам дея-
	появляющиеся мысли о	тельности, к новым
	смерти и самоубийстве	людям, повышенная
		общительность (часто
		наблюдается отчуж-
		дение окружающих
		из-за навязчивого и
		фамильярного
		поведения пациента),
		совершение покупок
		ради забавы, беспоря-
		дочные сексуальные
		связи, легкомыслен-
		ные
		капиталовложения
Соматичес	Психомоторная	Активизация
кие	заторможенность, утомляе-	психомоторной
проявления	мость Ажитация	деятельности,
	Анорексия или прибавка	нормальный
	массы тела	мышечный тонус
	Бессонница или сонливость	(усиление чувства
	Нерегулярные	физического благо-
	менструации, аменорея	получия) Возможная
	Ангедония, отсутствие	потеря массы тела из-
	сексуального влечения	за повышенной
		активности и
		нерегулярности
		питания Пониженная
		потребность во сне
		Повышенное
		сексуальное влечение
Психотичес	Бред самоуничижения и	Бред величия и
кие	греховности	Бред необыкновенного та-
симптомы	отношения	и ланта Бред
	преследования	исключительных
	Бред болезни	способностей, бред
	(нигилистический,	ревности и
	соматический	и преследования Бред
	ипохондрический)	исключительного
	разорения	психического и
	Обусловленные депрессией	физического здоровья
	слуховые, зрительные и	Бред богатства,
	(редко) обонятельные	высокого происхожде-
	галлюцинации	ния или им подобный
		Быстро исчезающие
		слуховые и зри-
		тельные
		галлюцинации

Расстройства настроения 153

Таблица 9-6. Неврологические и соматические причины депрессивных (и маниакальных) симптомов

Неврологические

Цереброваскулярные заболевания

Деменция (включая деменцию альцгеймеровского типа с подавленным настроением)

Эпилепсия

Болезнь Фара

Болезнь Гентингтона

Гидроцефалия

Инфекционные заболевания (включая состояния, вызванные ВИЧ, и нейросифилис)

Мигрень

Рассеянный склероз

Нарколепсия

Новообразования

Болезнь Паркинсона

Прогрессирующий надъядерный паралич

Приступы апноэ во сне

Травмы

Гепатоцеребральная дистрофия Эндокринные нарушения

Адреногенитальные расстройства (болезнь Кушинга, болезнь Аддисона)

Гиперальдостеронизм

Расстройства, связанные с менструациями

Нарушения функции паращитовидной железы (гиперпаратиреоз и гипопаратиреоз)

Послеродовые расстройства

Болезни щитовидной железы (гипотериоз и «апатичный» гипотериоз)

Инфекционные и воспалительные процессы

Синдром приобретённого иммунодефицита

Синдром хронической утомляемости

Мононуклеоз

Пневмония вирусная и бактериальная

Ревматоидный артрит

Артериит Шёгрена

Системная красная волчанка

Височный артериит

Туберкулёз Другие соматические заболевания

Рак (в особенности рак поджелудочной железы и других органов гастроинтестинальной системы)

Лёгочно-сердечная недостаточность

Порфирия

Уремия и другие болезни почек

Дефицит витаминов (B12, фолатов, ниацина, тиамина)

154 Глава 9 VIII

Г. Расстройство настроения, вызванное психоактивными веществами. Расстройства настроения, вызванные употреблением наркотика или токсического вещества, например кокаина, фенамина, пропранолола, стероидов. Эти причины всегда следует исключать при появлении у пациента депрессивных или маниакальных симптомов. Злоупотребление психоактивными веществами и зависимость от них, как правило, сопровождаются расстройствами настроения.

Д. Расстройства личности. Глубоко укоренившаяся модель поведения, связанная с дезадаптацией психологической защиты; депрессия чаще наступает после события, связанного со стрессом, из-за негибкости защитных механизмов. Маниакальный эпизод может возникать при наличии предрасположенности и уже существующего расстройства личности. Диагноз расстройства настроения может определяться на оси I одновременно с

диагнозом расстройства личности на оси II.

Е. Шизоаффективное расстройство. Признаки и симптомы шизофрении, сопровождающиеся доминирующими расстройствами настроения. Течение шизоаффективного расстройства и его прогноз по своим проявлениям занимают место между шизофренией и расстройствами настроения.

Ж. Расстройство адаптации с депрессивным настроением. Умеренно выраженная депрессия как реакция на конкретное стрессовое событие, которая проходит по мере уменьшения стресса. Рассматривается как дезадаптивная реакция, обуславливающая определённые нарушения жизнедеятельности, либо как чрезмерная и непропорциональная реакция. Люди с расстройствами личности и органическими расстройствами более ранимы.

VIII. ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

15% больных депрессией совершают суицидальные попытки. Обычный депрессивный эпизод, если его не лечить, имеет продолжительность около 10 мес. По меньшей мере у 75% пациентов отмечается второй эпизод депрессии, обычно в течение первых 6 мес после первого. Среднее число депрессивных эпизодов в течение жизни равно 5. Прогноз в целом благоприятный: 50% больных выздоравливают, 30% выздоравливают не полностью, у 20% болезнь принимает хронический характер. Приблизительно у 20-30% больных с дистимическим расстройством развиваются (по убыванию частоты) большое депрессивное расстройство (двойная депрессия), биполярное расстройство II и затем I типа. Приблизительно у трети больных с циклотимическим расстройством развивается большое расстройство настроения, обычно биполярное расстройство II типа. В 45% случаев маниакальные эпизоды повторяются. Маниакальные эпизоды, если их не лечить, имеют продолжительность 3-6 мес с высокой вероятностью рецидива. Примерно у 80-90% больных с маниакальными синдромами со временем возникает и чистый депрессивный эпизод. Прогноз достаточно благоприятный: 15% больных выздоравливают, 50-60% выздоравливают не полностью (многочисленные рецидивы с хорошей адаптацией в промежутках между эпизодами), у трети пациентов существует вероятность перехода заболевания в хроническую форму с социальной деградацией.

Расстройства настроения 155

IX. ЛЕЧЕНИЕ

А. Депрессивные расстройства. Большие депрессивные эпизоды поддаются лечению у 70—80% больных. Фармакотерапия должна сочетаться с психотерапией. У врачей, оценивающих развитие расстройств настроения в психодинамике, могут возникнуть сомнения при назначении лекарственных средств из-за недостаточной эффективности медикаментозного лечения, несоблюдения пациентом режима приёма и, возможно, неадекватности дозы за столь короткий период лечения. При игнорировании психосоциальных проблем больного результаты лекарственного лечения могут быть сомнительными. 1. Лекарственная терапия. Почти всегда показана при большом депрессивном расстройстве и может быть использована при дистимическом расстройстве (табл. 9-7).

а. Если в семье больного были случаи заболевания тем или иным психическим расстройством и применение определённого лекарства было эффективно, то его следует использовать в первую очередь.

б. Рекомендуются начать с трициклического или тетрациклического антидепрессанта или, на усмотрение клинициста, с ингибиторов обратного захвата серотонина (ОЗС) и обеспечить наблюдение за состоянием больного в течение 2-3 нед. Реакция на лекарство обычно проявляется в течение 4 нед. Приблизительно у 75% больных лечение эффективно. Если симптомы сохраняются после 4-6 нед приёма лекарства, необходимо определить его количество в сыворотке крови. Следует рассмотреть возможность переключения на другой класс препаратов, например с трициклических на

ингибиторы ОЗС, если лекарство малоэффективно или возникают побочные эффекты. Возможность перехода на ингибиторы ОЗС следует рассматривать в том случае, когда необходимо избежать антихолинергических побочных эффектов. Лечение дистимического расстройства ингибиторами ОЗС, возможно, является предпочтительным.

в. L-трийодтиронин, карбонат лития могут дополнить лечение антидепрессантами.

г. Если состояние не улучшается, можно попробовать ингибиторы моноаминоксидо-зы (МАО). Ингибиторы МАО безопасны при разумном ограничении употребления продуктов питания, содержащих тирамин. При больших депрессивных эпизодах с нетипичными психотическими симптомами или относящихся к биполярному расстройству I типа наиболее эффективно лечение ингибиторами МАО. Последние не должны применяться в течение 2-5 нед после прекращения приёма ингибиторов ОЗС, например 5 нед приёма флуоксетина, 2 нед приёма пароксетина. Ингибиторы ОЗС или другие серотонинергические препараты, например кломипрамин, не должны применяться в течение 2 нед после прекращения приёма ингибитора МАО (табл. 9-8).

д. Бупропион — безопасный и эффективный антидепрессант. Симпатомиметики редко используются из-за высокого риска злоупотребления ими. Алпразолам нечасто используется из-за значительного седативного эффекта, нарушений моторики, которые он вызывает, и высокого риска злоупотребления. К лекарствам, которые используются в первую очередь, относится тразодон, однако его применение ограничено из-за значительного седативного эффекта и риска возникновения приапизма у мужчин.

е. Поддерживающая лекарственная терапия в течении 6 мес с использованием антидепрессантов может предотвратить рецидив. Поддерживающая терапия, рассчитанная на длительный период, может быть рекомендована пациентам с

156 Глава 9 IX А

Таблица 9-7. Критерии адекватности применения антидепрессантов

Антидепрессанты	Критерий	
	конкретный период применения продолжительностью ≤ 6 нед	предположительный период применения продолжительностью > 4 и < 6 нед
суточная доза		
Трициклические		
Имипрамин, дезипрамин	≥ 250 мг или под контролем концентрации препарата в плазме крови при приёме дезипрамина ≥ 125 мг/мл при приёме имипрамина > 200 мг/мл	
Нортриптилин	> 100 мг	с 75-99 мг содержанием препарата в плазме крови 50 и 150 мг/мл
Амитриптилин, доксепин	≥ 250 мг	200-249 мг
Мапротилин	> 200 мг	150-199 мг

Протриптилин	>60мг	40-59 мг
Ингибиторы МАО		
Фенелзин	> 60 мг	45-59 мг
Изокарбоксазида или транилципромин	>40мг	30-39 мг
Ингибиторы ОЗС		
Флуоксетин	>20 мг	5-19 мг
Другие препараты		
Бупропион	> 400 мг	300-399 мг
Тразодон	> 300 мг	200-299 мг
Амоксапин	> 300 мг	200-299 мг
Литий	Концентрация в плазме 0,7-1,1 экв/л	Концентрация в плазме 0,4-0,69 мг-экв/л
эст	> 12 раз всего, в том числе 6 раз с билатеральным применением	> 9-11 раз с монолатеральным применением

Расстройства настроения 157

рецидивирующим большим депрессивным расстройством. В этих случаях эффективны также как вспомогательные средства соли лития.

ж. Применение ЭСТ может быть успешным при стойком большом депрессивном расстройстве и больших депрессивных эпизодах с психотической симптоматикой; ЭСТ показана при необходимости достичь быстрый лечебный эффект или избежать побочных эффектов лечения антидепрессантами. (При лечении депрессивных расстройств ЭСТ редко используется в первую очередь.)

з. Литий (карбонат и оксибутилат) следует использовать в первую очередь при лечении депрессии, связанной с биполярным расстройством. По мере необходимости одновременно можно использовать гетероциклические антидепрессанты, L-три-йодтиронин или ингибиторы МАО, но в этом случае нужно внимательно следить за тем, чтобы у пациента не появились маниакальные симптомы.

2. Психотерапия. Психотерапия в сочетании с антидепрессантами при лечении большого депрессивного расстройства более эффективна, чем любой из этих способов терапии в отдельности.

а. Когнитивная терапия. Кратковременный курс лечения, который проводится стационарно и в домашних условиях; направлен на выявление негативных состояний сознания и сопутствующих им изменений подсознания. Основана на коррективке хронических искажений мышления, которые ведут к депрессии, на нейтрализации чувства беспомощности и безнадёжности, которое пациент испытывает в отношении себя, своего будущего и прошлого.

Таблица 9-8. Лекарственные препараты, применение которых нежелательно одновременно с применением ингибиторов МАО

Никогда не следует использовать:

Анестетики для спинальной и местной анестезии, содержащие адреналин (лидокаин и новокаин безвредны)

Противоастматические препараты

Гипотензивные препараты — а-метилдофа, гуанетидин, резерпин, паргалин

Диуретики

L-ДОФА, L-триптофан

Ингибиторы ОЗС, кломипрамин, тразодон, венлафаксин

Наркотики, в особенности меперидин (морфин или кодеин могут быть менее опасны)

Отпускаемые без рецепта средства для лечения простуды, сенной лихорадки и синусита, в особенности содержащие декстрометорфан (аспирин, ацетаминофен и таблетки ментола безвредны)

Симпатомиметики — фенамин, кокаин, метилфенидат, дофамин, метаруминол, адреналин, норадреналин,

изопротеренол Следует использовать с осторожностью:

Антигистаминные средства

Дисульфирам

Гидралазин(апресолин)

Пропранолол (индерал)

Терпингидрат с кодеином

Трициклические и тетрациклические препараты

158 Глава 9 IX Б

б. Поведенческая терапия. Основана на теории обучения (выработка оперантного и классического функционирования). Программа лечения обычно кратковременна и высокоструктурирована. Направлена на корректировку специфических нежелательных поведенческих установок. Использование техники положительного подкрепления может быть эффективным вспомогательным средством при лечении депрессии.

в. Интерперсональная терапия. Разработана как особый вид краткосрочного лечения непсихотической депрессии у амбулаторных больных. Ориентирована на проблемы, связанные с поведением, и на межличностные проблемы, но не на проблемы, связанные с подсознанием и внутриспсихической динамикой.

г. Психоаналитическая терапия. Ориентирована на то, чтобы сформировать у пациента чувство адекватной самооценки и понимание собственных подсознательных конфликтов и мотиваций, которые могут вызывать и поддерживать депрессию.

д. Поддерживающая терапия. Курс лечения строго не ограничен, направлен на эмоциональную поддержку пациента. Поддерживающая терапия в особенности показана при острых состояниях глубокой печали, после перенесённого большого депрессивного эпизода, когда терапия с активным взаимодействием между врачом и пациентом ещё невозможна.

е. Групповая терапия. Не показана пациентам с выраженной суицидальной тенденцией. Состояние других пациентов с депрессией может только улучшиться в атмосфере взаимной поддержки, группового обсуждения личных проблем и положительного подкрепления, а также благодаря межличностному взаимодействию и немедленной корректировке когнитивной дисфункции другими членами группы.

ж. Семейная терапия. В особенности показана в случаях, когда депрессия у пациента представляет угрозу стабильности семьи и связана с событиями внутри неё.

Б. Биполярные расстройства 1. Лекарственная терапия

а. Использование солей лития (карбоната и оксибутирата) является предпочтительным методом лечения биполярных расстройств I типа и циклотимии; лечение с использованием лития эффективно в 80% случаев биполярных расстройств I типа. При острых маниакальных состояниях использование вместе с литием нейролептиков (обычно галоперидола) необходимо из-за того, что эффект воздействия лития проявляется только через 7-10 дней. Лечение литием следует продолжать не менее 4 нед.

б. При лечении острых состояний уровень концентрации лития в крови 0,8-1,2 мг-экв/л в целом принято считать достаточным. Более низкой концентрации, например 0,4-0,8 мг-экв/л, как правило, достаточно для поддерживающей терапии. Для старших возрастных групп адекватная доза составляет 300 мг 3 раза в день. Для поддерживающей терапии суточная доза обычно колеблется

в пределах 900-2100 мг. Следует иметь в виду, что токсичность препарата может проявляться при его концентрации в крови, близкой к терапевтической, например 2,0 мг-экв/л.

в. Необходимость использования лития для поддерживающей терапии определяется тяжестью маниакальных эпизодов, которые были у пациента в прошлом. Доза препарата при этом должна быть наименьшей, которая позволяет контролировать состояние пациента и свести к минимуму побочные эффекты. В случае, если

Расстройства настроения 159

маниакальные симптомы возникают во время лечения литием, терапию можно дополнить нейролептиком или увеличить дозу лития.

г. Использование лития для лечения (включая профилактику) депрессивной фазы биполярного расстройства I типа или циклотимии зависит от выбора врача. У 40-45% пациентов с циклотимией при лечении антидепрессантами возникают вызванные этими препаратами маниакальные или гипоманиакальные эпизоды. Если большие депрессивные эпизоды возникают во время лечения литием, терапию можно дополнить антидепрессантами или увеличить дозу лития.

д. Предварительное обследование пациента перед решением вопроса об использовании лития включает тест на содержание креатинина в сыворотке крови, тест на электролиты, клинический анализ крови, ЭКГ и пробу на наличие беременности. Токсичность лития представляет потенциальную опасность; передозировка может вызвать рвоту, сильный понос и тремор, атаксию, судорожные припадки, гиперрефлексию, дизартрию и кому. Менее серьёзные побочные эффекты включают диспепсические расстройства, увеличение массы тела, тремор, повышенную утомляемость и лёгкие когнитивные нарушения. Другие побочные эффекты затрагивают функционирование почек, щитовидной железы, сердца и состояние кожных покровов. Литий вызывает аномалии развития плода, появление врождённых пороков сердца.

е. Если после 4 нед приёма лития его воздействие оказалось неэффективным, можно перейти к другим препаратам, в частности к карбамазепину или вальпроату натрия, в том числе в сочетании с литием. Другие лекарственные средства, используемые для лечения маниакального синдрома, включают верапамил, нимодипин, клонидин, клоназепам и L-тироксин (см. главу 24).

2. Психотерапия. Психотерапия в сочетании с использованием антимианиакальных препаратов, например лития, более эффективна, чем любой из этих видов лечения в отдельности. Психотерапия противопоказана при маниакальном эпизоде. В этой ситуации самым главным должно быть обеспечение безопасности пациента и окружающих, а фармакологические и физические методы воздействия должны служить для защиты и успокоения пациента.

а. Когнитивная терапия. Используется в связи с жёстким соблюдением предписанного режима приема лития у пациентов с биполярными расстройствами.

б. Поведенческая терапия Наиболее эффективна при стационарном лечении пациентов с маниакальным синдромом. Такие методики, как положительное и отрицательное подкрепление и знаковая структура, позволяют сдерживать импульсивность и неадекватность поведения.

в. Психоаналитическая терапия. Может ускорить выздоровление и стабилизацию состояния пациентов, страдающих маниакальными расстройствами, в тех случаях, когда сам пациент способен и хочет осознать свои внутриличностные конфликты, которые могут вызывать маниакальные эпизоды и впоследствии их провоцировать. Психоанализ также помогает понять необходимость приёма предписанных врачом лекарств и таким образом повысить степень согласия с лечебными мероприятиями.

г. Поддерживающая терапия. В особенности показана при остро протекающих фазах и при ранней рекомпенсации. Некоторые пациенты могут переносить только поддерживающую психотерапию, в то время как для других более эффективна терапия, ориентированная на формирование адекватной самооценки. Поддерживающая

881

160 Глава 9 IX Б

терапия показана пациентам с хроническим биполярным расстройством, у которых в промежутках между эпизодами могут наблюдаться значительные резиду-альные симптомы и социальная дезадаптация.

д. Групповая терапия. Её можно использовать как средство нивелирования грандиозных идей у пациентов с маниакальным синдромом. Эффективна при состояниях одиночества, стыда, неадекватного восприятия реальности, страха психического заболевания и потери контроля. Помогает реинтеграции пациента в общество.

е. Семейная терапия в особенности важна для пациентов с биполярным расстройством, поскольку оно в значительной степени носит семейный характер (20—25% заболеваний среди прямых родственников). Особое значение семейная терапия приобретает при наличии маниакальных эпизодов, разрушительных для межличностных отношений пациентов и их профессиональной деятельности (во время маниакальных эпизодов пациент, в частности, может истратить значительную часть денежных средств, принадлежащих семье).

®

10

Тревожные расстройства

I. ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Тревога представляет собой патологическое состояние, характеризующееся ощущением опасности и сопровождающееся соматическими симптомами (последние связаны с гиперактивностью вегетативной нервной системы). Тревогу следует дифференцировать от страха, который возникает в ответ на конкретную угрозу.

Тревога является одним из наиболее часто встречающихся в медицинской практике психопатологических феноменов. Необходимо отметить широту диапазона проявлений тревоги — от лёгких невротических нарушений (пограничный уровень расстройств) до выраженных психотических состояний эндогенного генеза. Тревога относится к сфере переживаний человека. Предметная неопределённость феномена тревоги субъективно выражается в ощущении её мучительности, трудной переносимости. Но если человек находит предмет тревоги, то у него возникает страх, который в отличие от тревоги появляется в ответ на конкретную причину. Страх следует квалифицировать как патологическое состояние только в том случае, если он переживается в связи с объектами и ситуациями, обычно не вызывающими его (например, при произнесении кем-либо слова «синусоида»).

II. ДИАГНОЗ И СИМПТОМЫ

Таблица 10-1. Симптомы тревожных расстройств

Соматические симптомы	Психологические симптомы
Дрожь, подёргивание, сотрясение тела	Ощущение опасности
Боль в спине, головная боль	Снижение способности к концентрации внимания
Мышечное напряжение	
Нехватка воздуха, гипервентиляция	Сверхнастороженность
Утомляемость	Инсомния
Реакция на испуг	Понижение либидо
Гиперактивность вегетативной нервной системы	«Ком в горле»

Гиперемия, бледность
расстройства («мутит от страха»)
Тахикардия, учащенное сердцебиение
Потливость
Похолодание рук
Диарея
Сухость во рту (ксеростомия)
Учащённое мочеиспускание Парестезия (ощущение онемения, покалывания)
Затруднение при глотании
6—4950

Желудочно-кишечные

161

162 Глава 10 ПА

А. Паническое расстройство и агорафобия. Паническое расстройство характеризуется спонтанными приступами паники (табл. 10-3) и может сочетаться с агорафобией (боязнью оказаться в открытом пространстве, в одиночестве вне дома или в толпе). Агорафобия обычно сопровождается паникой, хотя может возникать и как самостоятельное расстройство. Тревога ожидания характеризуется ощущением опасности, которое связано с ожиданием панического приступа, а также с возможностью попасть в бессильное и унижительное положение при его наступлении. Больные агорафобией могут быть настолько привязаны к дому, что никогда не покидают его или делают это только в сопровождении кого-то.

В DSM-IV паническое расстройство рассматривается вместе с агорафобией. В МКБ-10 паническое расстройство не относится к группе тревожно-фобических расстройств, а включено в раздел «Другие тревожные расстройства» (F41), в рамках которых под кодом F41.0 рассматривается паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога). Таким образом, в классификации МКБ-10 агорафобия занимает центральное место в разделе, касающемся тревожно-фобических расстройств. Это реально соответствует возможной субъективной тяжести агорафобии, которая способна привести к инвалидизации больного.

Б. Генерализованное тревожное расстройство. Характеризуется хронической генерализованной тревогой, сохраняющейся в течение по меньшей мере 1 мес. Включает повышенную тревожность в детстве.

В. Специфическая фобия. Иррациональный страх какого-либо объекта, например лошадей, или специфической ситуации, например высоты, и необходимость их избегать.

Г. Социальная фобия. Иррациональный страх ситуаций, связанных с общением, например страх публичного выступления.

Д. Обсессивно-компульсивное расстройство. Повторяющиеся навязчивые идеи, побуждения, мысли (обсессии) или модели поведения, которые являются чуждыми личности и при попытке сопротивляться им вызывают тревогу.

Е. Посттравматическое стрессовое расстройство и острая реакция на стресс. Тревога, вызванная необычным и значительным жизненным стрессом. Событие чётко проявляется во сне или мыслях в состоянии бодрствования. Симптомы повторного переживания, избегания или крайнего возбуждения сохраняются в течение более 1 мес. Пациентам, у которых симптомы наблюдались менее 1 мес, может быть поставлен диагноз острой реакции на стресс.

В DSM-IV отсутствует понятие «смешанное тревожное и депрессивное расстройство», которое включено в МКБ-10 для обозначения состояний, когда в психическом статусе больного примерно в равной степени присутствуют симптомы тревоги и депрессии и не представляется возможным говорить о значимом преобладании тех или других.

Тревожные расстройства 163

III. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Таблица 10-2. Диагностические критерии панического расстройства без агорафобии по DSM-IV

А. Наличие критерия 1 либо 2:

1. Повторные неожиданные приступы паники
2. По меньшей мере после одного из приступов в течение 1 мес или более отмечался 1 или более из следующих симптомов:

а. Устойчивое беспокойство, связанное с возможностью повторения приступов

б. Беспокойство относительно ситуации, которая будет сопровождать приступ, или относительно его последствий (например, боязнь потерять над собой контроль, умереть от сердечного приступа, сойти с ума)

в. Связанное с приступами изменение поведения Б. Отсутствие агорафобии

В. Расстройство не имеет прямой связи с воздействием психоактивного вещества (например, при злоупотреблении наркотиком, лекарственным средством) и не обусловлено соматическим или неврологическим заболеванием (например, гипертиреозом)

Г. Приступы паники не соответствуют критериям другого психического расстройства, такого, как социальная фобия (например, когда больной попадает в вызывающую страх социальную ситуацию), специфическая фобия (например, когда больной попадает в конкретную фобическую ситуацию), обсессив-но-компульсивное расстройство (например, когда больной испытывает страх загрязнения при навязчивой мысли о заражении инфекционной болезнью), посттравматическое стрессовое расстройство (например, в ответ на тяжёлый стрессор) или тревожное расстройство, вызванное разлукой (например, в ответ на ситуацию, когда больной находится вдали от дома или близких родственников)

Таблица 10-3. Диагностические критерии приступа паники по DSM-IV

Примечание. Приступ паники не кодируется как отдельное расстройство. Следует кодировать специфический диагноз расстройства, которое сопровождается приступом паники (например, паническое расстройство с агорафобией)

Период сильного страха или дискомфорта, в течение которого внезапно возникают и достигают максимальной степени выраженности не менее 4 симптомов из следующих:

1. Тахикардия
2. Потливость
3. Дрожание или сотрясения тела
4. Ощущение нехватки воздуха
5. Удушье
6. Боль или дискомфорт за грудиной
7. Тошнота или желудочный дискомфорт
8. Головокружение, неустойчивость или слабость
9. Дерекализация (ощущение нереальности) или деперсонализация (ощущение отчуждения собственного тела)
10. Страх потерять над собой контроль или сойти с ума
11. Страх умереть
12. Парестезии
13. Жар или озноб

164 Глава 10 III

Таблица 10-4. Диагностические критерии генерализованного тревожного расстройства по DSM-IV

А. Чрезмерная тревога и беспокойство (ожидание плохого) в связи с различными событиями или видами деятельности (такими, как работа или учёба), наблюдающиеся в течение более 6 мес

Б. Больной испытывает трудности при попытке справиться с тревогой

В. Тревога или беспокойство сопровождаются по меньшей мере 3 из

следующих 6 симптомов (при этом по меньшей мере 1 симптом сохраняется в течение более 6 последних мес). Примечание. У детей достаточно проявления только 1 симптома

1. Беспокойство, суетливость или нетерпеливость
2. Быстрая утомляемость
3. Расстройство концентрации внимания или памяти
4. Раздражительность
5. Мышечное напряжение
6. Нарушения сна (трудности при засыпании, нарушения продолжительности сна или сон, не приносящий чувства свежести)

Г. Предмет тревоги или беспокойства не отвечает критериям расстройства на оси I; например, предметом тревоги или беспокойства не являются возможность возникновения сердечного приступа (как при паническом расстройстве), возможность попасть в неловкое положение в присутствии других людей (как при социальной фобии), возможность заразиться инфекционной болезнью (как при обсессивно-компульсивном расстройстве), возможность оказаться далеко от дома или близких родственников (как при тревожном расстройстве, связанном с разлукой), возможность расползт (как при нервной анорексии), возможность наличия у себя серьёзного заболевания (как при ипохондрии) или многочисленные жалобы на соматическое состояние (как при соматизированном расстройстве), тревога и беспокойство возникают не на фоне исключительно посттравматического стрессового расстройства

Д. Тревога, беспокойство или соматические симптомы вызывают клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, трудовой или других сферах жизнедеятельности

Е. Расстройство не имеет прямой связи с воздействием психоактивного вещества (например, при злоупотреблении наркотиком, лекарственным средством), не обусловлено соматическим или неврологическим заболеванием (например, гипертиреозом) и не возникает на фоне расстройства настроения, психотического расстройства или тяжёлого расстройства развития

Тревожные расстройства 165

Таблица 10-5. Диагностические критерии специфической фобии по DSM-IV

А. Выраженный и устойчивый чрезмерный или неразумный страх, связанный с наличием или ожиданием специфического объекта или ситуации (таких, как полет, высота, присутствие некоторых животных, инъекция, вид крови)

Б. Фобический стимул почти всегда вызывает немедленную тревожную реакцию, которая может принимать форму ситуационно связанного или ситуационно обусловленного приступа паники. Примечание. У детей тревога может выражаться плачем, вспышками раздражения, скованностью или потребностью в ласке

В. Больной понимает, что его страх является чрезмерным или неразумным. Примечание. У детей этот симптом может отсутствовать

Г. Фобические ситуации избегаются или переносятся с интенсивной тревогой или дистрессом

Д. Избегание вызывающей страх ситуации, тревожное ожидание этой ситуации или дистресс при попадании в неё в значительной степени препятствуют выполнению больным рутинных, связанных с его работой (учёбой) функций, осуществлению обычной социальной деятельности или межличностным отношениям либо больной испытывает выраженный дистресс, связанный с осознанием у себя фобии

Е. У больных в возрасте до 18 лет расстройство наблюдается не менее 6 мес

Ж. Тревога, приступ паники или фобическое избегание, связанные с определённым объектом или конкретной ситуацией, не соответствуют критериям другого психического расстройства, такого, как обсессивно-компульсивное расстройство (например, боязнь загрязнения при навязчивом

страхе заразиться инфекционной болезнью), посттравматическое стрессовое расстройство (например, избегание воздействия тяжёлых стрессоров), тревожное расстройство, связанное с разлукой (например, избегание школы), социальная фобия (например, избегание социальных ситуаций из-за страха попасть в неловкое положение), паническое расстройство с агорафобией или агорафобия без панического расстройства в анамнезе

Уточните тип расстройства. Боязнь животных

Боязнь естественных явлений окружающего мира (например, высоты, грозы, воды) Боязнь вида крови, инъекции, травмы

Боязнь определённой ситуации (например, пребывание в самолёте, лифте, закрытом помещении) Другой тип (например, фобическое избегание ситуаций, которые могут привести к удушью, рвоте или инфицированию; у детей избегание громких звуков или различных персонажей)

т

166 Глава 10 III

Таблица 10-6. Диагностические критерии социальной фобии по DSM-IV

А. Выраженный и устойчивый страх, связанный с одной или несколькими социальными ситуациями или публичными выступлениями, при которых пациент находится в обществе незнакомых людей или под пристальным вниманием со стороны окружающих. Пациент испытывает страх, что его действия или явные симптомы тревоги в этой ситуации поставят его в затруднительное или унижительное положение. Примечание. У детей необходимо обратить внимание на способность к общению в знакомой им возрастной среде, потому что тревога у них возникает в связи с проблемами взаимоотношений со сверстниками, а не со взрослыми людьми

Б. Воздействие фобического раздражителя почти всегда вызывает немедленную тревожную реакцию, которая может принимать форму ситуационно связанного или ситуационно обусловленного приступа паники. Примечание. У детей тревога может выражаться плачем, вспышками раздражения, скованностью или избеганием социальных ситуаций, в которых участвуют незнакомые люди

В. Больной понимает, что его страх является чрезмерным или неразумным. Примечание. У детей этот симптом может отсутствовать

Г. Вызывающие страх социальные или связанные с публичными выступлениями ситуации избегаются или переносятся с интенсивной тревогой или дистрессом

Д. Избегание вызывающей страх социальной или связанной с публичным выступлением ситуации, тревожное ожидание этой ситуации или дистресс при попадании в неё в значительной степени препятствуют выполнению больным рутинных, связанных с его работой (учёбой) функций, осуществлению обычной социальной деятельности или межличностным отношениям либо больной испытывает выраженный дистресс, связанный с осознанием у себя фобии Е. У больных до 18 лет расстройство наблюдается не менее 6 мес

Ж. Страх или избегание не имеют прямой связи с воздействием психоактивного вещества (например, при злоупотреблении наркотическим, лекарственным средством), не обусловлены соматическим или неврологическим заболеванием и не соответствуют критериям другого психического расстройства (такого, как паническое расстройство с агорафобией или без неё, тревожное расстройство, тревожное расстройство, связанное с разлукой, дисморфобия, тяжёлое расстройство развития или шизоидное расстройство личности)

З. Если имеет место соматическое или неврологическое заболевание или другое психическое расстройство, страх, описанный в рамках критерия А, не связан с этим заболеванием или расстройством; например, страх не связан с возможностью заикания, дрожания при болезни Паркинсона или

обнаружения патологического пищевого поведения при нервной анорексии или нервной булимии Уточните тип расстройства:

Генерализованная социальная фобия, если страх вызывает большинство социальных ситуаций (также следует рассмотреть возможность постановки дополнительного диагноза расстройства личности в виде избегания)

Тревожные расстройства 167

Таблица 10-7. Диагностические критерии обсессивно-компульсивного расстройства по DSM-IV

А. Наличие обсессий или компульсий Обсессии, определяемые критериями 1, 2, 3 и 4:

1. Повторяющиеся и устойчивые мысли, побуждения или образы, которые воспринимаются как навязчивые и неуместные и вызывают выраженную тревогу или дистресс

2. Мысли, побуждения или образы не являются результатом чрезмерного беспокойства о проблемах реальной жизни

3. Больной старается подавлять или игнорировать подобные мысли, побуждения или образы или нейтрализовать их другими мыслями или действиями

4. Больной осознаёт, что обсессивные мысли, побуждения или образы являются продуктом его собственной психики (не навязанными извне, как при вкладывании мыслей)

Компульсий, определяемые критериями 1 и 2:

1. Повторяющиеся физические (например, мытьё рук, наведение порядка, разнообразные проверки) или психические (например, молитва, счёт, повторение про себя некоторых слов) действия, которые больной осуществляет в ответ на обсессии или согласно правилам, которым должен строго следовать

2. Физические или психические действия направлены на предотвращение или ослабление дистресса или на предотвращение пугающих событий или ситуаций; в реальности, однако, эти действия не связаны с той ситуацией, которую они должны нейтрализовать или предотвратить, или явно чрезмерны

Б. Иногда больной понимает, что навязчивые влечения или состояния являются чрезмерными или необоснованными. Примечание. Этот критерий не относится к детям

В. Обсессии или компульсии вызывают выраженный дистресс, требуют значительного времени или в значительной степени препятствуют выполнению больным рутинных, связанных с его работой (учёбой) функций, осуществлению обычной социальной деятельности или межличностным отношениям

Г. Предмет навязчивых состояний или влечений не соответствует другим расстройствам на оси I (например, озабоченность едой при расстройстве приёма пищи; выдёргивание волос при трихотилломании; беспокойство собственной внешностью при дисморфофобии; озабоченность психоактивными веществами при расстройстве, связанном с их употреблением; озабоченность возможностью наличия у себя серьёзного заболевания при ипохондрии; озабоченность сексуальными побуждениями или фантазиями при парафилии; навязчивые размышления, связанные с чувством собственной вины при большом депрессивном расстройстве)

Д. Расстройство не имеет прямой связи с воздействием психоактивного вещества (например, при злоупотреблении наркотиком, лекарственным средством) и не обусловлено соматическим или неврологическим заболеванием

Уточните тип расстройства:

С нарушением адекватной самооценки, если на протяжении большей части текущего эпизода пациент

не осознаёт, что навязчивые состояния или влечения являются чрезмерными

или неразумными

168 Глава 10 III

Таблица 10-8 Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства по DSM-IV

А Больной находился под воздействием травмирующего события, при котором имели место следующие явления

1 Больной пережил, был свидетелем или участником события или событий, которые представляли реальную или возможную угрозу смерти либо серьезного вреда или опасность нарушения физической целостности, угрожавшую самому больному или другим людям

2 Реакция больного проявлялась в виде страха, беспомощности или ужаса
Примечание У детей эти симптомы могут проявляться вместо дезорганизованного или ажитированного поведения

Б Травмирующее событие повторно переживалось в виде одного или нескольких следующих проявлений

1 Повторные, навязчивые воспоминания о событии, включая образы, мысли или ощущения Примечание У детей младшего возраста могут отмечаться повторные игры, в которых выражаются темы или подробности травмы

2 Повторяющиеся и вызывающие значительное беспокойство сны о пережитом событии Примечание У детей могут иметь место пугающие сны без определенного содержания

3 Такие действия или ощущения, как если бы травмирующее событие случилось снова (включая ощущение воссоздания пережитого, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды, в том числе те, которые возникают при пробуждении или в состоянии опьянения) Примечание У детей младшего возраста может возникать драматизация, связанная с травмирующим событием

4 Сильный психологический дистресс под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события

5 Физиологическая реактивность под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события

В Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и общее оцепенение (отсутствовавшие до травмы), о которых свидетельствует по меньшей мере 3 симптома из следующих

1 Попытки избежать мыслей, ощущений или разговоров, связанных с травмой

2 Попытки избежать действий, мест или людей, которые вызывают воспоминания о травме

3 Невозможность вспомнить важные аспекты травмы

4 Выраженное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности или к участию в них

5 Чувство отрешенности или отчужденности от окружающих

6 Сужение диапазона аффективной реакции (например, неспособность испытывать любовь)

7 Неспособность ориентироваться на длительную жизненную перспективу (например, больной не планирует заниматься карьерой, жениться, иметь детей или строить нормальную жизнь)

Г Устойчивые проявления повышенного возбуждения (отсутствовавшие до травмы), о которых свидетельствует не менее 2 симптомов из следующих

1 Трудности при засыпании или нарушение продолжительности сна

2 Раздражительность или вспышки гнева

3 Трудность концентрации внимания

4 Сверхнастороженность

5 Усиленная реакция на испуг

Д Продолжительность расстройства (симптомов, описанных в рамках критериев Б, В и Д) более 1 мес Е Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, трудовой или других сферах жизнедеятельности Уточните тип расстройства

Острое, если симптомы сохраняются менее 3 мес

Хроническое, если симптомы сохраняются 3 мес и более Уточните тип расстройства

С отставленным началом, если симптомы возникают по меньшей мере через 6 мес после окончания воздействия стрессора

Таблица 10-9. Эпидемиология тревожных расстройств

	Паническое расстройство	Фобия	Обсессивно-компульсивное расстройство	Генерализованное тревожное расстройство	Посттравматическое стрессовое расстройство
Распространенность вне зависимости от возрастной группы	1,5-4% населения	Наиболее часто встречающееся тревожное расстройство (3-5% населения)	2% населения	3-8% населения	1-3% населения
Соотношение встречаемости у мужчин и женщин	1 1 (без агорафобии) 1.1 (с агорафобией)	1:2	1.1	1 2	1-2
Возраст начала заболевания	Около 30 лет	Поздний детский возраст	Подростковый или ранний взрослый возраст	Различный, ранний взрослый возраст	Любой возраст, включая детский
Семейный анамнез	Агорафобия отмечается у 20% ближайших родственников в пациентов, страдающих агорафобией	Может наблюдаться у членов одной семьи, в особенности боязнь крови, инъекций, травм	В 35% случаев отмечается у ближайших родственников	Наблюдается у 25% ближайших родственников	
Близнецовые исследования	Более высокая конкордантность у монозиготных близнецов, чем у дизиготных		Более высокая конкордантность у монозиготных близнецов, чем у дизиготных	80-90% конкордантности у монозиготных близнецов, 10-15% у дизиготных близнецов	

170 Глава 10 IV А

IV. ЭТИОЛОГИЯ

А. Биологические факторы

1. Чрезмерная реакция вегетативной нервной системы с повышением симпатического тонуса.
2. Интенсивное высвобождение катехоламинов.
3. Повышение уровня метаболитов норадреналина, например 3-метокси-4-гидроксифенилгликола. Экспериментальное введение лактата вызывает повышение уровня норадреналина, что в свою очередь вызывает тревогу.

4. Сокращение латентности фазы быстрого сна (REM-фазы) и IV стадии сна (состояние, наблюдающееся также при депрессии).
5. Понижение уровня у-аминомасляной кислоты (ГАМК) вызывает гиперактивность ЦНС (ГАМК является нейромедиатором тормозных синапсов ЦНС).
6. Повышение уровня серотонина вызывает тревогу, повышение дофаминергической активности связывают с возникновением тревоги.
7. Центр гиперактивности расположен в височной области коры головного мозга.
8. Голубоватое место (locus coeruleus), содержащее большинство норадренергических нейронов, является гиперактивным в состоянии тревоги. В ряде клинко-биологических исследований панических приступов подчеркивается их близость к депрессивным расстройствам по некоторым нейроэндокринным показателям: тесту дексаметазоновой нонсупрессии, сниженным реакциям тиреостимулирующе-го гормона и пролактина на введение тиреотропин-релизинг-фактора и др. Эти данные подчёркивают генетическую связь панических атак и ажитированных депрессий, для которых указанные нейроэндокринные изменения более характерны. С другой стороны, паническим атакам приписывается биологическая и патогенетическая самостоятельность по отношению не только к аффективным, но и к другим тревожным расстройствам, в том числе к состояниям генерализованной тревоги. Положительные результаты фармакологических проб, провоцирующих приступы паники у больных с паническими расстройствами, в отличие от контрольной группы здоровых лиц и больных с депрессивными состояниями без панических расстройств позволяют предположить наличие специфических биологических механизмов предрасположенности к возникновению панического расстройства.

Б. Психодинамические теории

1. Бессознательные импульсы, например секс, агрессия, представляют опасность проникновения в сознание и вызывают тревогу.
2. Защитные механизмы используются, чтобы предупредить развитие тревоги.
3. Перенесение вызывает фобии.
4. Формирование реакции, супрессия и перенесение вызывают обсессивно-компульсивное расстройство.
5. Остановка защитного процесса подавления вызывает паническое или генерализованное тревожное расстройство.
6. Агорафобия связана:
 - а. С отношением враждебности (зависимости) к близким людям. Тревожные расстройства 171
 - б. Со страхом агрессивных или сексуальных побуждений пациента в отношении окружающих или этих же побуждений в отношении пациента.
- В. Теория обучения
 1. Тревогу вызывают фрустрация, стресс. Однажды пережитая тревога превращается в условно-рефлекторную реакцию при других менее серьёзных ситуациях, вызывающих фрустрацию и стресс.
 2. Тревога может быть усвоена путём идентификации и имитации тревожных моделей родителей (теория социального обучения).
 3. Тревога, связанная с вызывающим естественный страх фактором, например с несчастным случаем, привязывается к другому фактору путём возникновения условно-рефлекторной реакции, которая вызывает фобию.

V ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

А. Тест Роршаха

1. Тревожные ответы, например движения животных, неструктурированные

формы, яркие
цвета.

2. Фобические ответы, например анатомические формы, повреждения тела.

3. Обсессивно-компульсивные ответы, например чрезмерное внимание к деталям. Б. Тематический апперцептивный тест

1. Активная работа фантазии.

2. Темы агрессии, сексуальности.

3. Ощущение напряжения.

В. Бендер-гештальт-тест

1. Отсутствие органических изменений.

2. При обсессивно-компульсивном расстройстве для копирования используется небольшая часть листа.

3. При тревожных состояниях копирование производится на весь лист. Г. Тест «изображения человека»

1. При обсессивно-компульсивном расстройстве имеет место общая детализация; особое внимание уделяется голове.

2. Искажение представления о теле при фобии.

3. Быстрое рисование при тревожных расстройствах.

Д. Миннесотский многопрофильный личностный опросник (MMPI) 1. Высокие показатели по шкалам ипохондрии, психастении, истерии.

VI. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Тревогу нельзя обнаружить с помощью каких-либо специфических тестов. VII. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

А. Патогномоничные изменения отсутствуют.

Б. При обсессивно-компульсивном расстройстве результаты исследования с помощью по-

зитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) указывают на понижение уровня метаболизма

в глазничных извилинах, хвостом ядра, поясной извилине.

172 Глава 10 VII В

В. Результаты сканирования методом ПЭТ указывают на усиление притока крови к правому

парагиппокампу при панике и к лобной доле при тревоге.

Г. Проплапс митрального клапана отмечается у 50% больных с паническим расстройством. Д. Неспецифические изменения на ЭЭГ; у некоторых больных с обсессивно-компульсивным

расстройством констатируют отсутствие подавления секреции кортизола при проведении

дексаметазоновой пробы.

VIII. ПСИХОДИНАМИКА

Таблица 10-10. Психодинамика тревожных расстройств

Расстройство	Защитные механизмы	Комментарии
Фобия	Перенесение Символизация	Тревога изолируется от идеи или ситуации и переносится на другой символический объект или ситуацию
Агорафобия	Проекция Перенесение	Подавляемая враждебность, гнев или сексуальность проецируются на окружающую среду, которая

Обсессивно-компульсивное расстройство	Отрицание Изоляция Формирование реакции	представляется опасной Жестокое сверх-«я» борется с побуждениями, за которые пациент испытывает чувство вины; тревога сдерживается повторными действиями или мыслями
Тревога	Регрессия	Остановка защитного процесса репрессии неприемлемых побуждений сексуального, агрессивного или зависимого характера
Паника	Регрессия	Тревога переполняет личность и переходит в паническое состояние
Посттравматическое стрессовое расстройство	Регрессия Подавление Отрицание Обесценивание	Полная остановка защитного процесса подавления и регрессии Травма стимулирует бессознательные конфликты; сверх-«я» воссоздаёт тревогу и пытается преодолеть её

Тревожные расстройства 173

IX. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Тревога является одним из основных проявлений психических, соматических и неврологических расстройств.

А. Депрессивные расстройства. У 50-70% больных депрессией отмечаются тревога или обсессии, 20-30% пациентов, у которых тревога является первичным расстройством, также переживают депрессию.

Возможно, в силу общности некоторых патогенетических механизмов панического расстройства и униполярной депрессии в терапии панических приступов нашли широкое применение антидепрессанты. Наряду с трициклическими антидепрессантами в последнее время успешно используют селективные ингибиторы пресинаптического (обратного) захвата серотонина: пароксетин, сертралин, флуоксетин. Их преимущество заключается в малой выраженности побочных эффектов, в связи с чем их можно применять практически сразу в эффективной дозе (например, прозак в дозе 20-60 мг/сут).

Б. Шизофрения. Помимо галлюцинаций или бредовых состояний, у пациента возможны тревога или тяжёлые обсессии.

В. Биполярное расстройство I типа. Характеризуется крайней тревогой в период маниакального эпизода.

Г. Атипичный психоз (по DSM-IV, неуточнённое психотическое расстройство). Психотические симптомы сопровождаются крайней тревогой.

Д. Расстройство адаптации с тревогой. Наличие в анамнезе психосоциального стрессора, действие которого продолжалось в течение 3 мес после начала расстройства.

Е. Соматическое и неврологическое заболевание. Вторичное психотическое расстройство, вызванное специфическим органическим фактором (табл. 10-11 и 10-12); имеют место когнитивные нарушения.

Ж. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ. Паника и тревога, связанные с интоксикацией (в особенности кофеином, фенамином) и синдромом отмены.

Таблица 10-11. Соматические и неврологические причины тревоги

Неврологические расстройства

Новообразования головного мозга

Травмы головного мозга и постконтузионные синдромы

Цереброваскулярные заболевания

Субарахноидальное кровоизлияние

Мигрень

Энцефалит

Сифилис головного мозга

Рассеянный склероз

Болезнь Вильсона

Болезнь Гентингтона

Эпилепсия

174 Глава 10 IX Ж

Таблица 10-11. Окончание

Системные заболевания

Гипоксия

Сердечно-сосудистое заболевание

Лёгочная недостаточность

Анемия Эндокринные нарушения

Дисфункция гипофиза

Дисфункция щитовидной железы

Дисфункция паращитовидной железы

Дисфункция надпочечников

Феохромоцитома

Вирилизация у женщин Воспалительные процессы

Системная красная волчанка

Ревматоидный артрит

Узелковый периартериит

Височный (гигантоклеточный) артериит Состояние при гиповитаминозе

Недостаточность витамина B12

Пеллагра Другие заболевания

Гипогликемия

Карциноидный синдром

Заболевания со злокачественным развитием

Предменструальный синдром

Заболевания, сопровождающиеся лихорадкой, и хронические инфекционные процессы

Порфирия

Инфекционный мононуклеоз

Уремия Отравления

Синдром отмены алкоголя и наркотических средств

Интоксикация фенамином

Интоксикация симпатомиметиками

Интоксикация сосудосуживающими средствами

Интоксикация и синдром отмены кофеина
 Интоксикация пенициллином
 Интоксикация сульфониламидами
 Интоксикация каннабисом
 Отравление ртутью
 Отравление мышьяком
 Отравление фосфором
 Отравление органическими фосфатами
 Отравление дисульфидом углерода
 Отравление бензолом
 Непереносимость аспирина
 Тревожные расстройства 175

Стенокардия/инфаркт миокарда	Снижение зубцов S и T при стенокардии, изменение активности ферментов при инфаркте миокарда. Внезапная интенсивная, давящая боль обычно связана со стенокардией /инфарктом миокарда. Боли при тревожных расстройствах обычно острые и более поверхностные
Синдром гипервентиляции	Периодически возникавшие у пациента в прошлом периоды интенсивного, глубокого дыхания, бледность кожи вокруг рта, карпо-педальный спазм; состояние больного улучшается при возвратном дыхании в бумажный пакет
Гипогликемия	Уровень сахара в крови натошак в пределах до 50 мг/дл, симптомы сахарного диабета: полиурия, полидипсия, полифагия
Гипертиреоз	Повышение уровня трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), в тяжёлых случаях экзофтальм
Карциноидный синдром	Гипертензия сопровождает тревогу; повышение уровня катехола-минов в моче (5-гидроксииндолилуксусная кислота)

Х. ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

- i
 { А. Паническое расстройство
 | 1. Приступы паники имеют тенденцию к повторению 2-3 раза в неделю.
 2. Хроническое течение с ремиссиями и обострениями. t 3. При лечении прогноз благоприятный.
 Б. Фобическое расстройство 1 1. Хроническое течение.
 2. При отсутствии лечения фобии могут усугубляться, i 3. При лечении прогноз благоприятный.
 I 4. Из всех фобий наиболее устойчивой является агорафобия.
 В. Обсессивно-компульсивное расстройство
 1. Хроническое течение с периодами обострения и ослабления симптоматики.
 I 2. При лечении прогноз благоприятный, однако в некоторых случаях расстройство является малокурабельным. Г. Генерализованное тревожное расстройство
 1. Хроническое течение; симптомы могут ослабевать с возрастом.
 2. При отсутствии лечения у пациентов нередко развивается вторичная депрессия. Д. Посттравматическое стрессовое расстройство

1. Хроническое течение.

2. В течение нескольких лет периодически происходит повторение переживаний травмирующего события.

3. Менее благоприятный прогноз при наличии психопатологических нарушений до травмирующего события.

Таблица 10-12. Дифференциальный диагноз типичных соматических и неврологических заболеваний, сходных по проявлениям с тревожными расстройствами

176 Глава 10 XIA

XI. ЛЕЧЕНИЕ

A. Фармакотерапия

1. Диазепам

а. Доза. 2-10 мг перорально 2-4 раза в день, при острой ажитации 2-10 мг внутримышечно или внутривенно.

б. Показания. Генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство.

в. Побочные эффекты. Сонливость, усталость, гипотензия, парадоксальное возбуждение.

г. Меры предосторожности. Длительное применение может вызвать физическую зависимость, т.е. симптомы отмены после внезапного прекращения приёма препарата; наиболее часто возникает у пациентов, злоупотреблявших алкоголем или психоактивными веществами.

2. Алпразолам

а. Доза. 0,25-0,5 мг внутрь 3 раза в день, можно повысить дозу до 6-8 мг в день.

б. Показания. Быстродействующее средство, даёт хороший эффект при кратковременном лечении панического расстройства и агорафобии.

в. Побочные эффекты. Сонливость, когнитивные нарушения, гипотензия.

3. Имипрамин

а. Доза. Начальная 75 мг в день, повышение до 150-300 мг. При лечении больных пожилого или подросткового возраста следует начинать с дозы 25-50 мг в день и повышать её до 75-100 мг в день. Информацию о других гетероциклических препаратах, которые используют при тревожных состояниях, см. в главе 24.

б. Побочные эффекты. Сонливость, спутанность, антихолинергические эффекты (сухость во рту, тахикардия, аритмии), запор, задержка мочеиспускания. Для исследования сердечной деятельности пациентам старше 40 лет необходимо сделать ЭКГ. Не следует назначать ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) в течение 14 дней после прекращения терапии имипрамином.

в. Меры предосторожности. Применять главным образом при расстройствах настроения; эффективен также при паническом расстройстве, социальной фобии.

4. Транилципромин

а. Доза. 10 мг перорально утром и 10 мг днём, повышение до 30-50 мг в день.

б. Показания. Главным образом применяется при депрессии, эффективен также при паническом расстройстве. Информацию о других ингибиторах МАО, которые используют при тревожных состояниях, см. в главе 24. Данный препарат не следует назначать пациентам пожилого возраста, а также использовать его вместе с наркотическими средствами (в особенности меперидином) — совместное их применение может привести к тяжёлым последствиям.

в. Побочные эффекты. Гипертонический криз, вызванный потреблением продуктов питания, содержащих триптофан или тирамин, приёмом симпатомиметиков, других ингибиторов МАО, трициклических

антидепрессантов и наркотических средств; сочетание их с транилципромином способно вызвать вторичное по отношению к острому гипертензивному эпизоду внутричерепное кровоотечение, которое может привести к роковым последствиям.

Тревожные расстройства 177

5. Буспирон

а. Доза. 5 мг 2 раза в день, повышение до 15-60 мг в день.

б. Показания. Генерализованное тревожное расстройство.

в. Побочные эффекты. Головная боль, головокружение. Не вызывает перекрёстной толерантности с бензодиазепинами.

6. Пропранолол

а. Доза. 10 мг 2 раза в день, повышение до 80-160 мг в день; 20-40 мг за 30 мин до наступления фобической ситуации, например перед публичным выступлением.

б. Показания. Социальная фобия.

в. Побочные эффекты. Брадикардия, гипотензия, сонливость. Пропранолол не следует назначать больным астмой. Использование данного препарата неэффективно при хронической тревоге, за исключением случаев, когда она связана с повышенной чувствительностью к р-адренергическим рецепторам.

7. Клоназепам

а. Доза. 0,5 мг 2 раза в день, повышение до 2-10 мг в день.

б. Показания. Генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство.

в. Побочные эффекты. Сонливость, атаксия. Данный препарат утверждён для использования при больших эпилептических, миоклонических и акинетических припадках, однако опыт показывает, что его применение эффективно и при тревожных расстройствах.

8. Кломипрамин

а. Доза. 150-300 мг в день.

б. Показания. Обсессивно-компульсивное расстройство.

9. Флуоксетин

а. Доза. 20-80 мг в день.

б. Показания. Применяют главным образом при депрессии, также эффективен при обсессивно-компульсивном расстройстве.

10. Флувоксамин

а. Доза. 50-30 мг в день.

б. Показания. Применяют главным образом при обсессивно-компульсивном расстройстве, также эффективен при депрессии.

Б. Психотерапия. Для лечения некоторых тревожных расстройств, например посттравматического стрессового расстройства, главным образом используют психотерапию; лечение других расстройств (фобии, генерализованное, паническое и обсессивно-компульсивное расстройства) осуществляют с использованием ряда методов терапевтического воздействия. Следующая информация может рассматриваться как вступление к теме, которая более подробно описана в главе 24.

1. Психотерапия, ориентированная на формирование адекватной самооценки. Цель терапии состоит в формировании у больного адекватного понимания собственных психологических конфликтов, которые, если их оставить неразрешёнными, могут проявляться в таком симптоматическом поведении, как тревога, фобии, обсессии, компульсии и посттравматический стресс. Психотерапия, ориентированная на формирование адекватной самооценки, в особенности показана, если: 1) симптомы тревоги являются вторичными по отношению к фоновому невротическому конфликту;

178 Глава 10 XI Б

. 2) тревога сохраняется, несмотря на проводимое медикаментозное лечение и использование методов поведенческой терапии;

- 3) первоначальные симптомы тревоги сменяются новыми симптомами (замещение симптомов);
- 4) тревога является в большей степени генерализованной, менее специфической и ограниченной.
2. Поведенческая терапия. Согласно принципу, на котором основывается этот вид терапии, для изменения поведения не обязательно понимать определяющие его психологические причины. Методы поведенческой терапии включают положительное и отрицательное подкрепление, наказание, систематическую десенситизацию, соглашательство, градуированное представление и самоконтроль.
- а. Поведенческая терапия показана при чётко определимых, ограниченных, дезадаптивных моделях поведения, таких, как фобии, компульсии и обсессии. (Компульсивное поведение с большим успехом поддаётся терапии, чем навязчивые мысли.)
- б. Большинство из используемых в современной медицине методов лечения тревожных расстройств включает комбинацию фармакологического и поведенческого воздействий.
- в. Согласно распространённому мнению, лекарственная терапия может ослабить тревогу, но в то же время такое лечение приводит и к ранним рецидивам. По сравнению с больными, которым назначают только лекарственные средства, у пациентов, лечение которых проводится с использованием когнитивной и поведенческой терапии, наступает гораздо более значительное и устойчивое улучшение состояния.
3. Когнитивная терапия. Основывается на том, что дезадаптивное поведение является следствием искажений в восприятии человеком самого себя и в восприятии его окружающими. Лечение обычно кратковременно и предусматривает выполнение домашней работы и заданий, ориентированных на коррекцию искажённых представлений и когнитивных установок. Акцент делается на противодействии и анализе ситуаций, которые вызывают тревогу при межличностных отношениях и связанную с ней лёгкую депрессию.
4. Групповая терапия. Существуют группы различного типа. Среди них различают группы, которые обеспечивают поддержку и закрепление социальных навыков, группы, направленные на облегчение специфических симптомов, и группы, которые главным образом ориентированы на формирование адекватной самооценки. Группа может быть гетерогенной и гомогенной в зависимости от диагноза у её членов; гомогенные группы используют преимущественно для лечения таких заболеваний, как посттравматическое стрессовое расстройство. Терапия направлена на обучение социальным навыкам и моделирование социальных ситуаций посредством выполнения практических заданий в рамках группы.

11

Соматоформные
расстройства, имитируемые
расстройства и симуляция

I. СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Главной особенностью этих расстройств являются постоянные жалобы пациента на здоровье, продолжающиеся, несмотря на отрицательные результаты медицинских обследований и отсутствие какого-либо патологического процесса, объясняющего их возникновение. Вероятна также связь этих жалоб с психологическими факторами и подсознательными конфликтами. Существует 7 видов соматоформных расстройств:

- 1) соматизированные;
- 2) недифференцированные;
- 3) конверсионные;
- 4) болевые;
- 5) ипохондрические;

- 6) дисморфофобические;
- 7) неутончённые.

Термин «соматизация» был введён в медицинскую практику как альтернатива понятию «конверсия». Первоначально под соматизацией понимали трансформацию интрапсихических психологических конфликтов в истинные соматические заболевания, впоследствии — совокупность различных психопатологических расстройств с преобладанием соматовегетативных компонентов. В отечественной психиатрии соматоформные расстройства принято рассматривать в рамках психогенных заболеваний, динамики конституционально-личностной патологии, а основное значение в их генезе придают психогенным (в том числе ятрогенным) и конституциональным факторам. Концепция соматоформных расстройств тесно связана с концепцией ипохондрии, а также с развитием тревоги, депрессии и истерии. Широкое распространение этих расстройств (около 30% в амбулаторной практике и 5,2% в стационарах) является результатом патоморфоза психических заболеваний и успехов общей медицины, позволивших с большей достоверностью верифицировать функциональные соматические расстройства. Таких пациентов («постоянных соматизаторов») называют «клячами», «индюшками» и т.п. прозвищами, что, по мнению персонала, провоцируется фрустрирующими обстоятельствами, в которых этот персонал пребывает в связи с упорным «нежеланием» пациентов верить объяснениям врачей.

179

180 Глава 11 IA

A. Соматизированное расстройство

1. Определение. Соматические жалобы не связаны с какой-либо одной системой органов, и причину их невозможно объяснить известным соматическим расстройством (по прежней терминологии, синдром Брике).

Различные телесные сенсации (проявления) наиболее характерны для больных с истерическими расстройствами — так называемым синдромом полисимптоматической истерии. Это, вероятно, послужило причиной для выделения американскими исследователями соматизированного расстройства, самостоятельность которого подтверждается во многих работах. Данное расстройство встречается не только при истерии, но и при личностных расстройствах, алкоголизме.

2. Диагноз и симптомы

3. Эпидемиология

а. Распространённость среди населения — 0,1-0,5%.

б. Чаще встречается у женщин, чем у мужчин.

в. Отмечается у 1-2% женщин.

г. Чаще наблюдается у малообразованных людей и представителей низших социально-экономических слоев общества.

д. Начало болезни обычно приходится на подростковый и юношеский возраст.

4. Этиология

а. Психосоциальные факторы. Причиной симптомов может быть подавление или сдерживание гнева к окружающим или направленность его на самого себя. Наблюдается при наличии структуры личности с сильным супер-эго. Обычно отмечается сниженная самооценка. Имитируя заболевание, больные могут идентифицировать себя с родителем, у которого было это заболевание. Существует определённое сходство с динамикой психических процессов при депрессии.

б. Генетические факторы. Заболевание чаще встречается в семьях, где уже были случаи соматизированных расстройств, — у 10—20% матерей и сестёр пациентов, страдающих этим расстройством; у монозиготных близнецов показатель конкордантности равен 29%, у дизиготных — 10%.

5. Лабораторные и психологические тесты. Незначительные нейропсихологические отклонения, например ошибочное восприятие и

соматосенсорные нарушения.

6. Патофизиологические особенности. Отсутствуют. Длительное употребление медикаментов может вызывать побочные эффекты, не связанные с причиной жалоб на соматическое состояние.

7. Психодинамика. Подавление желаний или побуждений, которое выражается в соматических жалобах. Конфликты с супер-эго и соответствующая тревога преобразуются в специфический симптом.

8. Дифференциальный диагноз

а. Исключить органическую причину симптома.

б. Мышечная слабость может быть вызвана рассеянным склерозом.

в. Синдром хронической усталости может быть вызван вирусом Эпштейна-Барр.

г. Боли в животе могут быть обусловлены порфирией.

Соматоформные расстройства, имитируемые расстройства и симуляция 181

Таблица 11-1. Диагностические критерии соматизированного расстройства по DSMIV

А. История болезни отражает многочисленные жалобы на соматическое состояние, которые начались в возрасте до 30 лет и не прекращаются на протяжении нескольких лет. Настойчивые требования медицинской помощи сочетаются со значительными нарушениями в социальной, трудовой и других сферах деятельности

Б. Симптомы расстройства должны соответствовать следующим критериям, и любой из них может возникать в любое время в течение болезни

1. Четыре болевых симптома: история болезни отражает жалобы пациента на болевые ощущения, связанные по меньшей мере с 4 органами, частями тела или функциями (например, голова, брюшная полость, спина, суставы, конечности, грудная клетка, прямая кишка, менструации, половой акт или мочеиспускание)

2. Два симптома, связанных с желудочно-кишечным трактом: история болезни отражает, помимо боли, по меньшей мере 2 симптома, связанных с функцией желудочно-кишечного тракта [например, тошнота, вздутие живота, рвота (кроме рвоты во время беременности), понос или непереносимость некоторых продуктов питания]

3. Один симптом, имеющий отношение к сексуальной сфере: анамнез отражает не менее одного симптома, связанного с расстройством сексуальной сферы или репродуктивной функции, помимо боли (например, отсутствие сексуального влечения, недостаточность эрекции или нарушение эякуляции, нерегулярные или обильные менструации, рвота на всём протяжении беременности)

4. Один из псевдоневрологических симптомов: история болезни отражает по меньшей мере один симптом или нарушение, имитирующее неврологическое заболевание, кроме боли (конверсионные симптомы, такие, как нарушение координации движений или равновесия, паралич или мышечная слабость, затруднённое глотание или припухлость в горле, афония, задержка мочи или трудности мочеиспускания, галлюцинации, утрата тактильных ощущений или боли, диплопия, слепота, глухота, судорожные припадки или конвульсии; диссоциативные симптомы, такие, как амнезия или потеря сознания, кроме обморока)

В. Либо 1, либо 2:

1. После соответствующего соматоневрологического обследования каждый из симптомов, описанных в разделе Б, нельзя полностью отнести к какому-либо соматическому заболеванию или следствию воздействия психоактивного вещества (например, при злоупотреблении лекарственным или наркотическим средством)

2. Если у пациента имеется соматическое заболевание, данные истории болезни, соматического обследования и лабораторных анализов не могут

объяснить природу и выраженность жалоб или нарушений социальной и трудовой деятельности

Г. Симптомы не намеренно придумываются или воспроизводятся (в отличие от имитируемых нарушений и симуляции)

д. Соматический бред возникает при шизофрении.

е. Панические приступы протекают с кардиоваскулярными симптомами, носят перемежающийся и эпизодический характер.

ж. Конверсионное расстройство имеет меньше симптомов с явным символическим значением.

182 Глава 11 IА

з. Имитируемое расстройство — сознательное придумывание пациентом симптомов, чтобы казаться больным; пациенты с таким расстройством обычно стремятся попасть в больницу.

и. Стойкое соматоформное болевое расстройство — боль обычно является основной жалобой пациента, при этом её причина при тщательном обследовании не выявляется.

9. Течение и прогноз

а. Хроническое течение с редкими ремиссиями, тяжесть жалоб может варьировать. Осложнения: ненужное хирургическое вмешательство, повторные медицинские обследования, зависимость от лекарственных средств и побочное действие выписанных без необходимости лекарственных препаратов.

б. Часто встречается депрессия.

10. Лечение

а. Лекарственная терапия. Следует избегать психотропных препаратов из-за возможной психологической зависимости, за исключением состояний острой тревоги или депрессии. Антидепрессанты эффективны при вторичных депрессивных расстройствах.

б. Психотерапия. Долгосрочная поддерживающая или формирующая адекватную самооценку психотерапия необходима для того, чтобы обеспечить понимание пациентом динамики внутрипсихических процессов, поддержать его при возникновении сложных жизненных обстоятельств или для достижения обеих целей. Необходимо предотвратить возможное злоупотребление лекарственными средствами, постоянное обращение к различным врачам, бессмысленные лечебные процедуры и диагностические манипуляции.

Б. Недифференцированное соматоформное расстройство

1. Определение. Недифференцированное соматоформное расстройство лишь отчасти похоже на соматоформное расстройство, но в полной мере не соответствует его клинической картине.

2. Диагноз и симптомы. Пациент может предъявлять многочисленные жалобы на соматическое состояние, которые недостаточно выражены или слишком неопределённые, чтобы ставить диагноз соматоформного расстройства. Наиболее часто отмечаются симптомы общей утомляемости.

3. Течение и прогноз. Предсказать трудно. Нередко ставится диагноз другого психического расстройства или соматического заболевания.

4. Дифференциальный диагноз. В. Конверсионное расстройство

1. Определение. Характеризуется одним или несколькими неврологическими симптомами, связанными с психологическим конфликтом или психологической необходимостью, а не с соматическими, неврологическими расстройствами или злоупотреблением психоактивными веществами.

Конверсия — трансформация эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты. Эти симптомы в отечественной психиатрии обычно рассматриваются в рамках истерического невроза.

Соматоформные расстройства, имитируемые расстройства и симуляция 183
Таблица 11-2. Диагностические критерии недифференцированного соматоформного расстройства по DSM-IV

А. Одна или несколько жалоб на физическое состояние (например, повышенная утомляемость, потеря аппетита, нарушение функций желудочно-кишечного тракта или мочеполовой системы)

Б Либо 1, либо 2'

1. После соответствующего соматоневрологического обследования симптомы нельзя полностью отнести к какому-либо соматическому заболеванию или последствию воздействия психоактивного вещества (например, при злоупотреблении лекарственным или наркотическим средством)

2. Если у пациента имеется соматическое заболевание, данные истории болезни, соматического обследования и лабораторных анализов не могут объяснить природу и выраженность жалоб или нарушений в социальной и трудовой деятельности

В. Симптомы вызывают серьёзный с клинической точки зрения дистресс или нарушение в социальной, трудовой или других областях жизнедеятельности

Г. Продолжительность расстройства составляет не менее 6 мес

Д. Нарушения нельзя объяснить другим расстройством (например, другим соматоформным расстройством, сексуальной дисфункцией, расстройством настроения, тревожным расстройством, расстройством сна или психотическим расстройством)

Е. Симптомы не намеренно придумываются или воспроизводятся (в отличие от имитируемого расстройства и симуляции)

2. Диагноз и симптомы

а. Моторные нарушения — параличи, атаксия, дисфагия, рвота, афония.

б. Нарушения сознания — псевдоприпадки, бессознательные состояния.

в. Сенсорные изменения или нарушения — слепота, глухота, anosmia, анестезия, аналгезия, диплопия, анестезия по типу «перчаток» и «чулок» (не соответствует иннервации).

г. Тесная связь во времени между симптомом и стрессом или выраженным эмоциональным переживанием.

д. Симптомы чаще выявляются слева, чем справа.

е. Больные не воспринимают продуцирование симптомов как намеренное.

ж. Симптом не обусловлен особенностями или уровнем культуры и не может также после медицинского обследования рассматриваться как проявление какого-либо соматического или неврологического заболевания.

Таблица 11-3. Дифференциальный диагноз для недифференцированного соматоформного расстройства

Соматоформное расстройство проявляется многочисленными симптомами, продолжается несколько лет, начинается в возрасте до 30 лет

При неуточнённом соматоформном расстройстве симптомы сохраняются менее 6 мес Большое депрессивное расстройство, тревожные расстройства, расстройство адаптации часто имеют необъяснимые симптомы

Имитируемое расстройство и симуляция — симптомы воспроизводятся или продуцируются намеренно

184 Глава 11 IV

3. Эпидемиология

а. Заболеваемость и распространённость — 10% всех госпитализированных больных и 5-15% всех амбулаторных больных с психическими расстройствами.

б. Возраст — обычно начало зрелости, хотя не исключено возникновение расстройства в среднем и преклонном возрасте.

в. Распространённость среди мужчин и женщин — 1:2.

г. Семейный анамнез — чаще встречается у родственников.

д. Чаще наблюдается среди представителей низших социально-экономических слоев общества и у малообразованных людей.

4. Этиология

а. Биологические факторы

i. Симптомы зависят от активации ингибирующих механизмов головного мозга. ii. Избыточная корковая активация оказывает тормозящее воздействие на синаптические механизмы центральной нервной системы, ствола мозга и активацию ретикулярной формации.

iii. Повышенная внушаемость у пациентов с травмами лобной доли или другими неврологическими нарушениями.

б. Психологические факторы

i. Проявление подавления подсознательного психологического конфликта. ii. Преморбидное изменение личности в виде отчуждения или демонстративности. iii. Неприемлемое для личности сексуальное или агрессивное побуждение принимает форму симптома.

iv. Идентификация с членом семьи, у которого была реальная болезнь с теми же симптомами.

5. Лабораторные данные и психологические тесты

а. Вызванные потенциалы указывают на нарушение соматосенсорного восприятия, сниженного или отсутствующего на поражённой стороне.

б. Лёгкое когнитивное нарушение, расстройство внимания и изменение восприятия зрительных стимулов по тестам Холстеда-Рейтана.

в. Данные Миннесотского многопрофильного личностного опросника (MMPI) и теста Роршаха указывают на повышенные инстинктивные побуждения, подавление сексуальных желаний и агрессии.

6. Патофизиологические особенности. Отсутствуют.

7. Психодинамика

а. Симптомы «прекрасного равнодушия» — безразличие к своему действительно серьёзному заболеванию у некоторых пациентов.

б. Стремление снизить уровень тревожности посредством подавления неприемлемого желания. Симптом имеет символическое значение: например, паралич руки исключает проявление агрессивного побуждения.

в. Другие защитные механизмы — формирование реакции, отрицание, вытеснение.

г. Выгода, которую можно извлечь из заболевания, например возмещение по судебному иску (компенсационный невроз), уклонение от работы, возможность находиться на иждивении семьи. У пациента обычно отсутствует адекватное осознание сложившейся ситуации.

1

Соматоформные расстройства, имитируемые расстройства и симуляция 185

8. Дифференциальный диагноз. Главная задача состоит в том, чтобы отличить расстройство, вызванное конверсией, от органически обусловленного. У 25-50% пациентов в конечном итоге диагностируют соматическое расстройство.

а. Параличи. При конверсии параличи нестойкие, они не развиваются по двигательному варианту. Отсутствуют патологические рефлексy, например симптом Бабинского. Спастический паралич, клонус, ригидность по типу «зубчатого колеса» при конверсионном расстройстве отсутствуют.

б. Атаксия. При конверсионном расстройстве имеет причудливый характер. Нога может волочиться, но без круговых движений, как при органическом повреждении. Астазия-абазия выражается в неустойчивой походке, хотя пациент не падает и не ушибается.

в. Слепота. При неврологической слепоте реакция зрачков на свет отсутствует (за исключением случаев так называемой корковой слепоты при поражении затылочной доли головного мозга, когда зрачковая реакция сохраняется). При истинной слепоте следящие движения глаз отсутствуют. Жалобы на монокулярную диплопию, триплопию и трубчатое зрение (резкое концентрическое сужение поля зрения) могут быть связаны с конверсионным расстройством. В тестах на истерическую слепоту офтальмологи пользуются

специальными призмами и окрашенными в разные цвета линзами.

г. Глухота. Громкий шум может разбудить пациента с конверсионным расстройством слуха в отличие от пациента, глухота которого вызвана органической причиной. При конверсии исследование слуха показывает меняющуюся реакцию на звуковые раздражители.

д. Нарушения чувствительности. Потеря чувствительности не соответствует зонам иннервации кожи; при конверсионном расстройстве можно наблюдать гемипанестезию точно по средней линии тела или анестезию по типу «перчаток» и «чулок».

е. Истерические расстройства. Боль часто локализуется в области головы, лица, спины и в животе. Следует обратить внимание на органические признаки — мышечные спазмы, остеоартрит.

ж. Псевдосудорожные припадки или конвульсии. Недостаток или потеря контроля над моторной деятельностью и прикусывание языка не свойственны псевдоприпадкам; аура, как правило, встречается при органической эпилепсии. Следует следить за отклонениями на ЭЭГ (необходимо учесть, что у 10-15% взрослого населения наблюдаются отклонения на ЭЭГ). Симптом Бабинского наблюдается во время и после припадка, имеющего органическую природу, но не при истерических припадках.

з. Следует отличать конверсию от:

и. Шизофрении — расстройства мышления. и. Расстройств настроения — депрессии или мании.

III Симуляции и имитируемых расстройств с соматическими симптомами. Конверсионное расстройство, симуляцию и имитируемое расстройство с соматическими симптомами различать сложно. Следует иметь в виду, что симулянты хорошо осознают то, что они имитируют симптомы, т.е. они адекватно оценивают собственные действия; пациенты с имитируемыми расстройствами также осознают, что вызывают симптомы умышленно, но делают это для того, чтобы выглядеть больными или попасть в больницу.

186 Глава 11 I B

iv. Диагностическое обследование с использованием лекарственных средств. После медленного внутривенного введения 100-500 мг амобарбитала (амитала) тяжесть симптомов уменьшается. Например, пациент с истерической афонией начинает говорить. Результаты теста могут помочь в диагностике, но не всегда достоверны.

9. Течение и прогноз. Расстройство имеет тенденцию к рецидивам, в промежутках между которыми симптомы отсутствуют. Главная задача состоит в том, чтобы не пропустить неврологические симптомы, которые впоследствии могут перейти в настоящее заболевание. Например, рассеянный склероз может начаться с произвольно меняющейся интенсивности проявлений диплопии или гемипареза. В табл 11-4 перечислены факторы, влияющие на характер течения расстройства.

10. Лечение

а. Лекарственная терапия. Бензодиазепины для лечения тревоги и мышечного напряжения; антидепрессанты или серотонинергические препараты для нейтрализации навязчивых мыслей в отношении симптомов.

б. Психотерапия

i. Терапия, ориентированная на формирование адекватной самооценки, позволяет пациенту понять внутрипсихические конфликты, которые лежат в основе его симптомов. Пациент должен учиться признавать свои сексуальные и агрессивные побуждения и не использовать конверсию для защиты. и. Поведенческая терапия используется для того, чтобы вызвать у больного релаксацию и. уменьшить или исключить необходимость в искусственной редукции симптомов.

iii. Гипноз и переубеждение эффективны в несложных ситуациях. iv. Не следует обвинять пациента в том, что он пытается привлечь к себе внимание,

или в том, что он не желает улучшения своего состояния, в. Наркоанализ иногда устраняет симптомы. Г. Соматоформное болевое расстройство

1. Определение. Соматоформное болевое расстройство — это длительные интенсивные болевые ощущения без соматической болезни, которая могла бы в полной мере объяснить интенсивность страдания пациента. Боль не распространяется согласно зонам иннервации. Переживаемый стресс или конфликт может быть тесно связан с возникновением или усилением боли.

Таблица 11-4. Факторы, влияющие на благоприятный и неблагоприятный прогноз

Благоприятный прогноз

Внезапное начало расстройства

Легко определяемый стресс, который пациент пережил перед началом расстройства Непродолжительное время между началом расстройства и началом его лечения IQ выше среднего

Симптомы паралича, афонии, слепоты Неблагоприятный прогноз

Другие психические расстройства, сопутствующие конверсионному Конфликтный характер больного (наличие в прошлом судебных разбирательств) Тремор, припадки

Соматоформные расстройства, имитируемые расстройства и симуляция 187

2. Диагноз и симптомы. Боль может сопровождаться местными сенсорно-моторными симптомами, такими, как анестезия, парестезии. Обычно встречаются симптомы депрессии.

3. Эпидемиология. Заболевание может возникать в любом возрасте, но преимущественно в 30-40 лет, чаще у женщин, чем у мужчин. Существует некоторая вероятность заболевания среди прямых родственников, у которых часто встречаются болевые расстройства, депрессия и алкоголизм.

4. Этиология

а. Поведенческие аспекты. Вызванное болью изменение поведения пациента может усугубиться, если ему потакают. Например, болевые симптомы могут усиливаться, если на них обращают особое внимание окружающие или если больной стремится избежать выполнения нежелательной для него деятельности.

б. Интерперсональные аспекты. Боль — способ манипулирования окружающими и извлечения выгоды из взаимоотношений, например в попытке сохранить распадающийся брак.

Таблица 11-5. Диагностические критерии соматоформного болевого расстройства по DSM-IV

А. Боль в одной или нескольких частях тела, которая вследствие своей выраженности требует медицинского вмешательства

Б. Боль вызывает клинически значимый дистресс или нарушение в социальной, трудовой или иной сфере жизнедеятельности

В Психологические факторы способны сыграть важную роль в возникновении, тяжести, усилении или сохранении боли

Г. В появлении симптомов или нарушений отсутствует преднамеренность (в отличие от имитируемых расстройств и симуляции)

Д Болевые ощущения нельзя признать проявлением расстройства настроения, состояния тревоги, психотического расстройства

Кодировать расстройство следует как.

Болевое расстройство, связанное с психологическими факторами. Психологические факторы играют значительную роль в возникновении болевых ощущений, их тяжести, усилении или сохранении. (Если у пациента есть соматическое заболевание, оно всё равно не может обусловить происхождение, интенсивность, обострение или сохранение боли.) Не следует ставить этот диагноз, если критерии болевого расстройства также соответствуют критериям соматизированного расстройства

Уточните характер расстройства: Острое. Продолжительность менее 6 мес

Хроническое. Продолжительность 6 мес и более

Болевое расстройство, связанное с психологическими факторами и соматическим или неврологическим заболеванием. Психологические и соматические факторы играют значительную роль в возникновении болевых ощущений, их тяжести, усилении или сохранении. Связанное с этим соматическое заболевание и часть тела, где локализуется боль, кодируются на оси III

Уточните характер расстройства. Острое. Продолжительность менее 6 мес

Хроническое. Продолжительность 6 мес и более

188 Глава 11 1Д

в. Биологические аспекты. У некоторых пациентов болевое расстройство возникает «предпочтительнее», чем какое-либо психическое расстройство, из-за сенсорных и лимбических структурных или биохимических отклонений, которые предрасполагают к возникновению боли.

5. Психодинамика. Ощущения в теле могут в символической форме выражать внутриспсихические конфликты. Человек может неосознанно воспринимать свою эмоциональную боль как незначительную и проецировать её на тело. Боль может быть способом завоевания любви или средством наказания. Защитные механизмы, имеющие отношение к расстройству, могут включать в себя смещение, замещение, подавление. Д. Ипохондрическое расстройство

1. Определение. Болезненный страх или убеждённость пациента в том, что у него есть серьёзное заболевание, хотя на самом деле его нет.

2. Диагноз и симптомы

а. Любой орган или функциональная система могут быть причиной появления симптома. Чаще всего наблюдаются симптомы заболеваний желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы.

б. Пациент убеждён в том, что он болен.

в. Отрицательные результаты соматического обследования или лабораторных анализов переубеждают пациента ненадолго, впоследствии он предъявляет жалобы вновь (при ипохондрическом бреде пациента вообще не удаётся переубедить).

г. Расстройство длится не менее 6 мес.

д. Убеждённость пациента в том, что он болен, не носит бредового характера. Ипохондрия лежит в основе содержания многих невротических синдромов; наблюдается также при конституционально-личностной патологии. Различают сенсоипохондрию, в генезе которой определяющую роль отводят патологическим телесным ощущениям, или сенсациям (астеническая и истерическая ипохондрия), и идеоипохондрию (навязчивая и паранойяльная ипохондрия). Выделяют следующие варианты ипохондрии:

- 1) психогенные ипохондрические реакции;
- 2) навязчивые состояния ипохондрического характера при неврозах;
- 3) ипохондрические состояния при внутренних заболеваниях;
- 4) ипохондрические состояния при токсикоинфекциях;
- 5) ипохондрический синдром при хронических психозах.

3. Эпидемиология

а. Распространённость — 10% всех больных.

б. У женщин и мужчин встречается одинаково часто.

в. Может возникнуть в любом возрасте; пик начала заболевания приходится на возраст после 30 лет у мужчин и после 40 лет у женщин.

г. Наблюдается у монозиготных близнецов и у прямых родственников.

4. Этиология

а. Расстройство имеет психогенное происхождение, при этом у пациента могут быть врождённая гиперчувствительность к функциям организма, низкий порог болевой чувствительности и низкая толерантность к физическому дискомфорту.

Соматоформные расстройства, имитируемые расстройства и симуляция 189

- б. Агрессия по отношению к окружающим обращается на самого себя, в частности на какую-либо часть тела.
- в. Поражённый орган может иметь важное символическое значение.
5. Лабораторные данные и психологические тесты
- а. Повторные обследования соматического состояния пациента свидетельствуют об отсутствии у него соматического заболевания.
- б. Данные ММРІ указывают на предрасположенность к истерии.
- в. Многочисленные цветовые реакции на тест Роршаха.
6. Психодинамика. Подавление враждебности по отношению к окружающим; замещение её жалобами на соматическое состояние; боль и страдания как наказание за неприемлемые желания; аннулирование.
7. Дифференциальный диагноз. Диагноз ставится по методу включения симптомов, а не по методу их исключения. Соматические расстройства, которые, возможно, есть у пациента, следует исключить; при этом надо иметь в виду, что у 15-30% пациентов с ипохондрическим расстройством имеются соматические нарушения. Обследование и поиск органического заболевания могут ухудшить состояние, так как жалобам больного придаётся слишком большое значение.
- а. Депрессия. Жалобы на соматическое состояние могут быть составной частью депрессивного синдрома. Следует отмечать признаки депрессии, например апатию, ангедонию, ощущение собственной никчёмности.
- б. Тревожное расстройство. Манифестирует выраженной тревогой, обсессивно-компульсивными признаками или симптомами; синдром «прекрасного равнодушия» отсутствует.
- в. Соматизированное расстройство. Симптомы могут относиться к многим системам органов; жалобы носят неопределённый характер.
- г. Соматоформное болевое расстройство. Боль — основная и обычно единственная жалоба.
- д. Симуляция и имитируемое расстройство. История болезни содержит сведения о частых госпитализациях; выраженное стремление извлечь выгоду из своего состояния; симптомы не имеют символического значения и сознательно контролируются; «прекрасное равнодушие» отсутствует.
- е. Сексуальная дисфункция. Если жалобы пациента связаны с сексуальной сферой, следует ставить диагноз сексуальной дисфункции.
8. Течение и прогноз. Хроническое, с ремиссиями. Обострение обычно вызывает значительный стресс. Благоприятный прогноз связан с минимально проявляющимся пре-морбидным личностным расстройством, неблагоприятный прогноз — с предшествующим или параллельно существующим соматическим расстройством.
9. Лечение
- а. Лекарственная терапия. Применение лекарственных средств для симптоматического лечения, в первую очередь анксиолитических препаратов и антидепрессантов. Серотонинергические препараты эффективны при депрессии и обсессивно-компульсивном расстройстве. Использование лекарственных средств может вызвать катарсис и, возможно, редукцию симптомов; облегчение наступает лишь на время.
- б. Психотерапия
- і. Эффект психотерапии связывают с её направленностью на формирование адекватной самооценки, понимание внутриспсихической динамики, раскрытие символического значения симптомов. Не следует вступать в конфронтацию с пациентом, заявляя ему, что он «всё это выдумал». Длительное общение с врачом должно убедить пациента в реальном отсутствии у него соматического заболевания.
- и. Гипноз и поведенческая терапия эффективны, так как вызывают релаксацию. Хроническое конверсионное расстройство может привести к реальным сомато-неврологическим нарушениям (например,

вызвать атрофию мышц или контрактуру, остеопороз), поэтому необходимо обратить внимание на их профилактику. Е. Дистормофобическое расстройство

1. Определение. Убежденность (не бредового характера) в наличии воображаемого недостатка во внешности или какой-либо части тела.

2. Диагноз и симптомы. Пациент предъявляет жалобы на физические дефекты, например морщины, облысение, слишком маленькие молочные железы или пенис, старческую пигментацию, аномалии конституции. Жалобы пациента не соотносимы с объективно существующими физическими недостатками.

Если небольшой физический дефект и существует на самом деле, беспокойство пациента по этому поводу крайне преувеличено, но убежденность не настолько сильна, чтобы отнести её к ипохондрическому бреду (больной может допускать, что его представление о степени отклонения от нормы не соответствует действительности или что дефекта даже не существует вовсе).

3. Эпидемиология. Заболевание возникает в подростковом и юношеском возрасте. У мужчин и женщин встречается одинаково часто.

4. Этиология. Неизвестна.

а. Биологические факторы. Чувствительность к серотонинергическим агентам предполагает участие серотонина или связь с другим психическим расстройством.

б. Психологические факторы. Следует искать неосознаваемый конфликт, вызвавший представление о деформации той или иной части тела.

5. Лабораторные данные и психологические тесты. По тесту «изображения человека» видно, что больной представляет часть своего тела, состояние которой его беспокоит, как слишком большую, слишком маленькую или отсутствующую.

6. Патофизиологические особенности. Какие-либо патофизиологические нарушения отсутствуют. Возможные незначительные отклонения могут послужить основой для развития болезненных представлений.

7. Психодинамика. Защитные механизмы включают подавление неосознаваемого конфликта, искажение и символизацию (символизация конфликта частью тела) и проекцию (убежденность пациента в том, что окружающие тоже видят его физическое уродство).

8. Дифференциальный диагноз. Представление о деформации части тела возникает при шизофрении, расстройствах настроения, соматических расстройствах, нервной анорексии, нервной булимии, обсессивно-компульсивном расстройстве, расстройстве половой идентификации, синдроме кою (боязнь того, что пенис уменьшается, втягиваясь в живот).

9. Течение и прогноз. Хроническое течение с повторными посещениями специалистов по пластическим операциям или дерматологов. Может возникать обусловленная дистормофобией депрессия. В некоторых случаях убежденность пациента в своем физическом недостатке со временем может стать бредовой.

Соматоформные расстройства, имитируемые расстройства и симуляция 191

10. Лечение

а. Лекарственная терапия. Серотонинергические препараты, например флуоксе-тин, кломипрамин, снижают выраженность симптомов по меньшей мере у 50% пациентов. Лечение хирургическими методами крайне редко даёт положительные результаты.

б. Психотерапия. Эффективна; раскрывает конфликты, с которыми связаны симптомы и ощущение собственной неполноценности.

II. ИМИТИРУЕМЫЕ РАССТРОЙСТВА

А. Определение. Пациент симулирует симптомы преднамеренно и сознательно. Симптомы могут быть психологическими (психопатологическими), например галлюцинации, или соматическими,

например боль.

Имитируемые, «фиктивные» расстройства, склонность к самоповреждениям первоначально описаны у мифоманов под названием «патомимия», а в настоящее время известны как синдром Мюнхгаузена — жалобы на мнимое соматическое заболевание (например, «острый живот»), предполагающее оперативное вмешательство: Встречается при психопатии истерического круга, осложнённой наркоманией, а также при маниакально-депрессивном психозе и шизофрении. Больные склонны к самоповреждению, добиваются оперативного лечения, не безопасного для их жизни, или получения наркотических веществ.

Б. Диагноз и симптомы

1. С преобладанием соматических признаков и симптомов. Намеренное воспро-

изведение соматоневрологических симптомов — тошноты, рвоты, боли, припадков. Пациент может подмешивать кровь к испражнениям или моче, искусственно поднимать температуру тела, принимать инсулин, чтобы понизить содержание сахара в крови. На животе у таких больных могут быть шрамы от многочисленных хирургических вмешательств.

2. С преобладанием психологических признаков и симптомов. Намеренное воспроизведение симптомов психических заболеваний — галлюцинаций, бреда, депрессии, странного поведения. Пациенты могут придумать историю о том, что их симптомы появились после значительного жизненного стресса, который они испытали. *Pseudologia phantastica* означает нелепую ложь, в которую сам пациент верит. Злоупотребление психоактивными веществами, особенно опиатами, встречается в обоих случаях.

3. С сочетанием психологических и соматических признаков и симптомов. Намеренное воспроизведение одновременно соматических и психологических симптомов.

4. Имитируемое расстройство неуточнённое. Включает расстройства, которые не соответствуют критериям имитируемого расстройства, например имитируемое расстройство «по доверенности» (внушением симптомов другому человеку, находящемуся под опекой больного, чтобы затем самому перенять эти симптомы).

192 Глава II ПВ

В. Эпидемиология. Не известна. Заболевание чаще встречается у мужчин, чем у женщин. Обычно начинается в период зрелости. 5-10% стационарных больных находятся в больницах из-за имитируемых расстройств, особенно из-за искусственного повышения температуры тела. Заболевание часто встречается у медицинских работников.

Г. Этиология. Типично раннее начало болезни, связанное с плохим обращением или неприятием со стороны родителей. Пациент воссоздаёт заболевание, став взрослым, чтобы привлечь к себе внимание врачей и заставить их проявить заботу. У некоторых пациентов, требующих хирургического вмешательства, возможны мазохистские наклонности. Другие идентифицируют себя с кем-то, кто имел для них большое значение в прошлом и у кого было психическое или соматическое расстройство.

Д. Психодинамика. Подавление, идентификация с агрессором, регрессия, символизация.

Е. Дифференциальный диагноз

1. Соматическое заболевание. Следует провести соматоневрологическое обследование и сделать лабораторные анализы, но их результаты будут отрицательными. Медицинские сестры должны внимательно следить за тем, чтобы пациент искусственно не поднимал температуру тела и не обезвоживал организм.

2. Соматоформное расстройство. При имитируемом расстройстве симптомы имитируются сознательно, они не символичны и не вызваны подсознательным

конфликтом. «Прекрасное равнодушие» отсутствует. Пациенты с ипохондрическими расстройствами не стремятся к повторным обследованиям и не настаивают на хирургическом вмешательстве.

3. Симуляция. Дифференциальную диагностику в этом случае провести особенно сложно. Симулянты преследуют конкретные цели, например получить выплату по страховке, избежать тюремного заключения.

4. Синдром Ганзера. Наблюдается у заключённых. На задаваемые вопросы они дают неточные, «приблизительные» ответы и говорят не по существу. Данное расстройство классифицируют как диссоциативное неуточнённое расстройство (см. главу 12).

Ж. Течение и прогноз. Как правило, течение хроническое. Болезнь начинается в зрелом возрасте, но может иметь и более раннее начало. Пациент стремится к тому, чтобы ему повторно оказывали медицинскую помощь, часто посещает врачей и неоднократно госпитализируется. Со временем высок риск злоупотребления психоактивными веществами. Прогноз болезни более благоприятен, если одновременно имеются депрессия или тревога, которые поддаются медикаментозному лечению. Риск летального исхода существует в том случае, если пациент подвергается многочисленным тяжёлым хирургическим вмешательствам.

3. Лечение

1. Следует избегать ненужных лабораторных исследований или лечебных процедур. Необходимо информировать пациента о его настоящем диагнозе. Больные редко поддаются психотерапевтическому воздействию из-за недостаточной мотивации. Тем не менее рабочий контакт с врачом, в результате которого пациент может понять причину своего поведения, должен сохраняться постоянно. Чуткое отношение к пациенту может быть предпочтительнее любого лечения.

2. Сочетание психотерапии и фармакотерапии наиболее эффективно при наличии тревоги или депрессии. Необходимо оказать больному помощь, если он злоупотребляет психоактивными веществами.

3. Необходимо связаться со службами по охране здоровья детей, если есть угроза для ребёнка, например при имитируемом расстройстве «по доверенности».

Соматоформные расстройства, имитируемые расстройства и симуляция 193

III. СИМУЛЯЦИЯ

А. Определение. Сознательное воспроизведение соматических или психических симптомов для достижения определённой цели, например получить выплату по страховке, избежать тюремного заключения или иного наказания.

Симуляция — актуальная судебно-психиатрическая проблема. Различают истинную симуляцию здоровых лиц как сознательное, притворное поведение, преследующее корыстные цели, и симуляцию в форме защитного поведения у лиц с психическими девиациями и у психически больных. Истинная симуляция реализуется в следующих формах:

1) превентивная симуляция — симулятивное поведение, в частности, до совершения правонарушения (стремление «узаконить» психиатрический диагноз — обращение к психиатрам, сообщение о себе вымышленных сведений и т.п.);

2) симулятивное поведение в период совершения криминальных действий;

3) симулятивное поведение после возбуждения уголовного дела.

Чаще всего симулируют наиболее «наглядные» (в соответствии с расхожими представлениями о психических болезнях) расстройства — неадекватное поведение, бред, галлюцинации, слабоумие.

Так называемая сюрсимуляция (сверхсимуляция) — симуляция душевного заболевания психически больным (наиболее часто к этому прибегают больные шизофренией). Аггравация — сознательное стремление к утяжелению

имеющихся расстройств (например, установка пациента с некоторыми расстройствами памяти предстать интеллектуально несостоятельным). Метасимуляция — предъявление при обследовании симптомов перенесённого в прошлом психического расстройства (например, острого алкогольного психоза). Диссимуляция — сознательное стремление больного к сокрытию актуальной психической патологии (объясняется, как правило, либо анозогнозией, либо болезненными мотивами).

Б. Диагноз и симптомы. Пациент предъявляет множество жалоб, которые описывает с большой скрупулёзностью, легко раздражается, если врач сомневается в истинности рассказа. Психосоциальная история заболевания отражает необходимость избежать определённой ситуации, получить деньги, урегулировать взаимоотношения с правоохранительными органами. Следует искать конкретную цель, которую преследует пациент, «вторичную выгоду».

В. Эпидемиология. Неизвестна. Сознательная симуляция чаще всего встречается в мужской среде — в армии, тюрьмах, факториях, хотя бывает и у женщин.

Г. Этиология. Неизвестна. Может быть связана с расстройством личности антисоциального круга. Д. Дифференциальный диагноз

1. Имитируемое расстройство. Пациент симулирует симптомы по не вполне понятной причине.

2. Соматоформное расстройство. Отчасти существует символическая или под-сознательная причина симптома. Симптомы не воспроизводятся сознательно и преднамеренно.

7—4950

194 Глава 11 III E

Е. Лечение. Результаты соматического и лабораторных обследований часто отрицательны. За пациентом следует наблюдать так, как если бы он был действительно болен, но не следует проводить лечение симулируемой им болезни. Необходимо определить цели, которые преследует пациент, вызвать его на разговор о его проблеме и помочь найти выход из создавшейся ситуации. После этого пациент может добровольно отказаться от симулируемых им симптомов.

12

Диссоциативные расстройства

Диссоциация— разъединение,разобщение связей,бессознательный процесс,разделяющий мышление (или психические процессы в целом) на отдельные составляющие, что ведёт к нарушению обычных взаимосвязей; нарушение целостности личности вследствие психо-травмирующего воздействия. Диссоциация— один из механизмов психологической защиты в психоаналитической концепции; может лежать в основе невротических расстройств.

I. ВВЕДЕНИЕ

А. Определение. Существует 5 основных типов диссоциативных расстройств:

- 1) диссоциативная амнезия;
- 2) диссоциативная фуга (реакция бегства);
- 3) диссоциативное расстройство идентификации (расстройство в виде множественной личности);
- 4) деперсонализационное расстройство;
- 5) диссоциативное расстройство неуточнённое.

Общим диагностическим признаком этих расстройств является психогенно обусловленная утрата нормальной интеграции сознания, идентификации и восприятия окружающего.

Термин «истерия» исключен из американских национальных классификаций как «компрометирующий» и заменён на диссоциацию, конверсию, гистрионное (в виде театральности, демонстративности) личностное расстройство. Основной патогенетический механизм различных истерических

синдромов— диссоциация (расщепление), т.е. нарушение целостности личности, выражающееся прежде всего утратой способности к синтезированию психических функций и сознания. Сужение поля сознания допускает диссоциацию некоторых психических функций, т.е. выпадение их из-под контроля личности, благодаря чему они становятся эмансипированными и управляют поведением индивида. Механизм диссоциации функций имеет отношение только к автоматизированным, иерархически низшим психическим функциям. Этот механизм лежит в основе как диссоциативных, так и конверсионных расстройств.

Изучение патоморфоза истерии свидетельствует об уменьшении частоты, упрощении структуры таких диссоциативных и конверсионных синдромов, как истерический припадок, ступор, псевдодеменция, пуэрилизм, синдром Ганзера, одичание, а также истерических парезов, параличей, контрактур. Наряду с этим отмечается увеличение частоты истерических расстройств соматизированной структуры, которые могут быть отнесены к конверсионным (диссоциативным), поскольку представляют собой по существу расстройства чувствительной, двигательной и вегетативной сфер. В судебной психиатрии не

195

196 Глава 12 IA

утратили своего значения синдром бредоподобного фантазирования (который отсутствует в МКБ-10 и DSM-IV) и псевдодементно-пуэрильные расстройства в редуцированной форме.

В МКБ-10 понятия «диссоциативные» и «конверсионные» расстройства (F44) тождественны и включают конверсионную истерию, конверсионную истерическую реакцию, истерию, истерический психоз. Помимо описываемых здесь диссоциативной амнезии (F44.0), диссоциативной фуги (F44.1) и диссоциативного расстройства неуточненного (F44.9), в МКБ-10 включены диссоциативный (конверсионный) ступор (F44.2), транс и одержимость (F44.3), диссоциативные двигательные расстройства (F44.4), диссоциативные конвульсии (F44.5), диссоциативная анестезия или потеря чувственного восприятия (F44.6), смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.7) и другие диссоциативные (конверсионные) расстройства (синдром Ганзера, расстройство в виде множественной личности, психогенное сумеречное состояние; F44.8).

Описанное в этой главе диссоциативное расстройство идентификации не выделяется в МКБ-10 как отдельное расстройство; деперсонализационное расстройство также не рассматривается изолированно, а включено в синдром деперсонализации-дереализации (F48.1) в рубрике «Другие невротические расстройства» (F48).

II ДИССОЦИАТИВНАЯ АМНЕЗИЯ

А Определение Утрата большим памятью, обусловленная стрессом или травмирующим событием, при сохранении способности к усвоению новой информации, расстройство не обусловлено соматическим состоянием или воздействием психоактивного вещества

Б Диагноз и симптомы Сознание обычно не нарушено, и пациент осознает потерю памяти Наиболее распространенным видом амнезии является локальная амнезия с утратой памяти на события, происшедшие за короткое время Пациент может проявлять безразличие к потере памяти

В Эпидемиология Табл 12-2

Г Этиология Табл 12-2

Д Лабораторные и психологические тесты Необходимо исключить органическую патологию как причину расстройства Использование лекарственных средств с диагностической целью, например барбитал, может помочь дифференцировать амнестическое расстройство, обусловленное соматическим или неврологическим заболеванием, с диссоциативной амнезией Состояние пациентов с амнезией органической этиологии имеет

тенденцию к ухудшению под воздействием барбиталов У пациентов с психогенной амнезией память может восстановиться

Таблица 12-1 Диагностические критерии диссоциативной амнезии по DSM IV
А Преобладает один или несколько эпизодов неспособности больного вспомнить важную информацию касающуюся лично его обычно связанную с травмирующим или стрессовым событием в жизни Нарушение столь выражено, что его нельзя объяснить простой забывчивостью

Б Диссоциативное расстройство идентификации диссоциативная фуга, посттравматическое стрессовое расстройство, острая реакция на стресс соматизированное расстройство не имеют непосредственной связи с воздействием психоактивного вещества и не обусловлены соматическим или неврологическим заболеванием

В Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушение в социальной профессиональной или других сферах жизнедеятельности

Таблица 12-2. Краткая характеристика диссоциативных расстройств

	Диссоциативная амнезия	Диссоциативная фуга	Диссоциативное расстройство идентификации	Деперсонализационное расстройство
Симптомы	Утрата памяти, - обычно внезапная осознает потерю памяти До и после потери сознания не нарушено	Передвижение, часто на дальние расстояния Амнезия прошлого часто не осознаёт потерю памяти присваивает новые личностные качества В период фуги не отличается от поведения здорового человека	Существование двух и более личностей в одном человеке, каждая из которых периодически определяет его поведение и образ мыслей Внезапный переход из одной личности в другую Обычно не помнит существования других личностей, в которых он воплощался	Устойчивое переживание нереальности своего тела собственной личности Внешней реальности страдает
Эпидемиология	Наиболее распространённое диссоциативное расстройство Чаще возникает у людей, переживших стихийные бедствия войну Чаще встречается у женщин Чаще возникает в подростковом и молодом возрасте	Встречается наиболее часто у лиц, переживших стихийные бедствия, войну Распространённость по половому признаку и возрасту различна	редко Встречается редко, как раньше Определяется у 5% всех пациентов с психическими расстройствами Возникает в подростковом и молодом возрасте (возможно и в более раннем возрасте) У женщин встречается чаще Повышенный риск распространения заболевания у близких родственников	Как самостоятельное расстройство встречается редко; встречаются в периодических и эпизодических деперсонализационных эпизодах Редко наблюдается у лиц старше 40 лет Возможно, повышенный риск распространения у среди женщин
Этиология	Эмоциональная травма (наприм. мер, насилие со стороны семьи)	- Эмоциональная травма 1 может predispose к интенсивное	Жестокое психологическое или физическое (чаще сексуальное) насилие в детстве Недостаток	Предраспола. факторы тяжёлый стресс травма, депрессия Соматический

Соматическая или неврологическая этиология исключена	употребление алкоголя поддержки	со причины	и
и	Предрасполагающие факторы — различные для пациента	значимых чены	лиц
расстройства личности	Может (например, шизоидное)	сосуществовать с	
Соматическая или неврологическая этиология исключена	или эпилепсией	Соматическая или неврологическая этиология исключена	
Течение и прогноз	Обычно кратковременное — от нескольких часов до нескольких дней	Наиболее тяжёлое из диссоциативных расстройств с наибольшей вероятностью хронического течения	Начало об
Внезапное и окончание расстройства	Иногда длится месяцами и сопровождается передвижением, часто на дальние расстояния	Неполное выздоровление	И
Немногочисленные рецидивы	Выздоровление обычно наступает спонтанно и быстро	Редкие рецидивы	хроническому течению

198 Глава 12 НЕ

Таблица 12-3. Дифференциация диссоциативной амнезии от других расстройств

Деменция

Делирий

Амнестическое расстройство, обусловленное соматическим или неврологическим заболеванием Гипоксическая амнезия

Инфекционные заболевания головного мозга (например, простой герпес, поражающий височную долю) Новообразования головного мозга (особенно лимбической системы и лобной доли) Эпилепсия Метаболические расстройства (например, уремия, гипогликемия, гипертензивная энцефалопатия, порфирия)

Постконтузионная (посттравматическая) амнезия Послеоперационная амнезия

Последствия ЭСТ (или тяжёлой электротравмы)

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (например, содержащих алкоголь, седативных, снотворных, антихолинэргических, стероидов, солей лития, антагонистов α -адренергических рецепторов, фенилциклидина, гипогликемических средств, гашиша, галлюциногенов, метилдофы)

Транзиторная глобальная амнезия

Синдром Вернике-Корсакова

Амнезия, связанная со сном (например, при сомнамбулизме)

Другие диссоциативные расстройства

Посттравматическое стрессовое расстройство

Острая реакция на стресс

Соматоформные расстройства (соматизированное расстройство, конверсионное расстройство)

Симуляция (особенно в судебной ситуации)

Е. Психодинамика. Утрата памяти как результат мучительного психологического конфликта, для противостояния которому пациент имеет ограниченные эмоциональные ресурсы. Механизмы защиты включают подавление (бессознательная блокировка вызывающих тревогу импульсов),

отрицание (игнорирование внешней реальности) и диссоциацию (отделение одной группы психических процессов от другой и их независимое функционирование). Схожие механизмы психологической защиты наблюдаются при любых диссоциативных расстройствах.

Ж. Дифференциальный диагноз. Табл. 12-3.

З. Течение и прогноз. Табл. 12-2.

И. Лечение. Выздоровление обычно наступает спонтанно.

1. Гипноз. Вызванная у пациента релаксация способствует воспоминанию забытой информации.

2. Использование лекарственных средств с диагностической целью*. Внутривенное введение барбитуратов непродолжительного и умеренно продолжительного действия, таких, как тиопентал, барбитал и бензодиазепины, может помочь пациенту восстановить воспоминания.

3. Психотерапия. Помогает пациенту вернуть утраченные воспоминания в его сознание.

* В отечественной психиатрии не практикуется.

Ассоциативные расстройства 199

III. ДИССОЦИАТИВНАЯ ФУГА

А. Определение. Неожиданный, внезапный уход пациента из дома или с работы и последующая неспособность вспомнить основные сведения о своей личности (имя, семья, род занятий). Часто пациенты идентифицируют себя с новой личностью.

Идентификация — здесь тождественность, идентичность, способность осознавать себя как индивидуальность, как цельную личность с присущими ей свойствами и определённой социальной ролью. Нарушение идентификации, при котором пациент отождествляет себя с кем-то другим, может быть одним из механизмов психологической защиты.

Б. Диагноз и симптомы. Внезапная потеря памяти в сочетании с передвижением, часто на дальние расстояния. Частичная или полная потеря памяти на своё прошлое, во многих случаях без осознания этой потери. Присвоение себе внешне адекватных, правдоподобных новых идентификационных характеристик. Однако у пациента могут наблюдаться непонимание ситуации и дезориентировка.

Описанное расстройство по клинической картине сходно с истерической фугой (от лат. *fuga*— бегство)— оба состояния характеризуются бесцельными, но внешне целенаправленными действиями. При истерических амбулаторных автоматизмах больные совершают ряд достаточно сложных, но привычных поступков. Оба состояния сопровождаются аффективно суженным сознанием и амнезией, связаны с воздействием психотравмирующего фактора. Способность больных вспоминать забытое в гипнотическом состоянии также свидетельствует об истерическом происхождении диссоциативной fugi.

В. Эпидемиология. Табл. 12-2. Г. Этиология. Табл. 12-2.

Д. Лабораторные и психологические тесты. Возможно использование гипноза и амобарбитала с диагностической целью.

Е. Дифференциальный диагноз

1. Когнитивное расстройство. Странствия бесцельны, без каких-либо сложных действий.

Таблица 12-4. Диагностические критерии диссоциативной fugi по DSM-IV

А. Внезапный, неожиданный уход пациента из дома или с работы с последующей неспособностью вспомнить происшедшее

Б. Смутное представление о личностной идентификации или присвоение (частичное или полное) новых идентификационных качеств

В. Нарушение не возникает исключительно на фоне диссоциативного расстройства идентификации, не имеет прямой связи с воздействием психоактивного вещества (например, при злоупотреблении наркотическими или лекарственными средствами) и не обусловлено соматическим или

неврологическим заболеванием (например, височной эпилепсией)

Г. Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушение в социальной, профессиональной или других сферах жизнедеятельности

200 Глава 12 III E

2. Височная эпилепсия. Как правило, не наблюдается присвоения новых идентификационных качеств.

3. Диссоциативная амнезия. Не наблюдается передвижений или новой идентификации личности.

4. Симуляция. Дифференциация трудна. Подозрение может вызвать «вторичная выгода», которую пациент может извлечь из своего состояния.

Диссоциативную фугу также необходимо дифференцировать со следующими состояниями:

1. Амбулаторным автоматизмом, который характеризуется эпизодами длительного бесцельного хождения больного с внешне упорядоченным поведением, правильным выполнением сложных целенаправленных действий на фоне сумеречного помрачения сознания с последующей амнезией; наблюдается при эпилепсии (после судорожного припадка или как эквивалент припадка). Разновидность амбулаторного автоматизма — fuga — проявляется кратковременными эпизодами стремительных движений, действий, бегства с последующей амнезией. Наблюдается при эпилепсии и органических заболеваниях ЦНС с эпилептиформным синдромом.

2. Сумеречным помрачением сознания — внезапно возникающим и в большинстве случаев внезапно заканчивающимся состоянием с дезориентировкой в окружающем (но возможен и ориентированный, дисфорический вариант) и последующей амнезией. Амнезия может быть ретардированной (отсроченной): непосредственно после окончания состояния в течение некоторого времени больные неотчётливо вспоминают события и своё поведение, а в дальнейшем развивается амнезия. Возможны галлюцинации, острый чувственный бред, аффект тоски, злобы, страха. Поведение может быть внешне упорядоченным. Длительность — от нескольких часов до нескольких дней. Сумеречные состояния могут быть функциональными (аффективными, истерическими, психогенными) и органическими (эпилепсия или эпилептиформный синдром при органических заболеваниях головного мозга); при первых возможны симптомы псевдодеменции, псурилизма, иногда театральности, может быть частично сохранена реакция на происходящее (истерическое сужение сознания), вторые могут возникать после судорожного припадка или быть его эквивалентом.

3. Дромоманией (вагабондаж, пориомания) — непреодолимым, импульсивно возникающим стремлением к перемене мест, побегам из дома, бесцельному блужданию, бродяжничеству. В её формировании выделяют реактивный этап — первый уход из дома в связи с психотравмирующим событием; затем уходы из дома становятся регулярными, происходят при любом незначительном стрессовом воздействии; постепенно они становятся безмотивными, приобретая характер импульсивности. Наблюдается при психопатиях, навязчивых состояниях. Дромомания чаще свойственна детскому и подростковому возрасту, но, возникнув в детстве, может сохраниться и у взрослых мужчин и женщин, причём их не останавливает ущерб, который они причиняют себе и своей семье своим бродяжничеством. Поведение в целом упорядоченное, но возможны антисоциальные поступки (например, попрошайничество или мелкие кражи для приобретения пищи). Во время эпизодов бродяжничества пациент может называться другим именем (например, чтобы избежать нежелательного для него возвращения в семью или наказания за совершённые в прошлом проступки). Амнезия не свойственна, хотя по тем или иным соображениям пациент может скрывать события, происходившие с ним во время эпизодов бродяжничества. Эпизоды

бегства из дома могут возникать по бредовым мотивам, при галлюцинаторно-пара-ноидном синдроме, некоторых острых психотических состояниях.

1

Диссоциативные расстройства 201

Ж. Течение и прогноз. Табл. 12-2.

3. Лечение. Выздоровление обычно наступает спонтанно.

1. Гипноз и беседа с использованием лекарственных средств. Могут помочь установить стрессор, обусловивший расстройство.

2. Психотерапия. Помогает пациентам осознать воздействовавшие стрессоры с адекватной и интегрированной их оценкой. Предпочтительна экспрессивная поддерживающая психодинамическая психотерапия.

IV. ДИССОЦИАТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ИДЕНТИФИКАЦИИ

А. Определение. Идентификация человека с несколькими личностями, которые как бы существуют в нём одном; каждая из них периодически доминирует, определяя его взгляды, поведение и отношение к самому себе так, как если бы другие личности отсутствовали.

Б. Диагноз и симптомы. В период преобладания одной из личностей пациент не помнит своей исходной личности и не осознаёт существования других личностей. Имеется тенденция к внезапному переходу от доминирования одной личности к доминированию другой. Когда доминирует одна личность, возможно осознание некоторых аспектов другой личности; каждая личность может иметь комплекс воспоминаний и ассоциаций, и у каждой из них обычно есть своё имя или описание. Различные личности могут иметь разные физиологические характеристики (например, им нужны разные рецепты на очки); возможны разные ответы на психометрическое тестирование (например, различные личности могут иметь разный коэффициент интеллектуального развития — IQ). Личности могут принадлежать к разному полу, иметь разный возраст и относиться к различным расам. У одной или нескольких личностей возможны симптомы сосуществующих психических расстройств, например расстройства настроения.

Диагноз «диссоциативное расстройство идентификации» (расстройство в виде множественной личности) популярен в США и Канаде, где существуют специальные общества диссоциативных расстройств, занимающихся исключительно данной проблемой. С учетом малой воспроизводимости этого диагноза в европейских странах диссоциативное расстройство идентификации в МКБ-10 отнесено к категории «Другие диссоциативные расстройства» (F44.8).

В. Эпидемиология. Табл. 12-2. Г. Этиология. Табл. 12-2.

Д. Лабораторные и психологические тесты. Беседы после введения амобарбитала и гипноз могут помочь в диагностике. Некоторые исследования с использованием позитронно-эмиссионной томографии и изучение церебрального кровотока показали метаболические различия у одного и того же человека в разные периоды.

Е. Психодинамика. Жестокое психологическое или физическое (чаще сексуальное) насилие в детстве приводит к глубокой потребности дистанцироваться от самого себя из-за отвращения и боли. Эта потребность в свою очередь приводит к бессознательному расщеплению истинной личности больного на различные аспекты, каждый из которых позволяет пациенту выразить эмоции или состояние, например гнев, сексуальность, экспансивность, осведомлённость, которые его истинная личность не осмеливается выразить. Когда над ребёнком совершается насилие, он пытается защитить себя от травмирования путём диссоциирования от вселяющих в него ужас действий, по сути становясь другим человеком или сразу несколькими людьми, над которыми насилие не совершалось и не

^

может совершаться. Диссоциирование личности надолго становится механизмом самозащиты от осознаваемой, вызывающей беспокойство угрозы, который глубоко укореняется в психике пациента. Ж. Дифференциальный диагноз

1. Шизофрения. Убежденность пациента в том, что у него есть несколько личностей или что его контролируют другие, может быть связана с бредовыми состояниями. Дифференциацию проводят на основе присущих шизофрении расстройств мышления и социальной декомпенсации.

2. Симуляция. Дифференциальный диагноз здесь провести наиболее сложно; ясность вносит выявление «вторичной выгоды», которую пациент может извлечь из своего состояния.

3. Пограничное расстройство личности. Многим пациентам, у которых диссоциативное расстройство идентификации сосуществует с пограничным личностным расстройством, ставится диагноз только личностного расстройства вследствие того, что различные личности при диссоциативном расстройстве проявляют особенности настроения, поведения и межличностную нестабильность, характерные для пациентов с пограничным расстройством личности.

4. Биполярное расстройство с быстрым чередованием эпизодов. Симптомы имеют сходство с симптомами диссоциативного расстройства идентификации, но «множественность» личности при этом отсутствует.

5. Неврологические расстройства. Психомоторная эпилепсия может напоминать симптомы диссоциативного расстройства идентификации.

3. Течение и прогноз. Табл. 12-2.

И. Лечение. Интенсивная психотерапия, ориентированная на формирование адекватной самооценки, часто в сочетании с гипнотерапией или использованием лекарственных средств. Фармакотерапия не приносит ожидаемого эффекта. Цель терапии предполагает интеграцию расщепленных эмоциональных переживаний пациента путём содействия ему в понимании того, что причин, обусловивших диссоциацию (подавляемый гнев, страх, смятение, вызванные жестоким обращением), больше не существует и что аффекты могут быть выражены без саморазрушения.

Таблица 12-5. Диагностические критерии диссоциативного расстройства идентификации по DSM-IV

А. Существование двух или нескольких разных идентифицируемых личностей или личностных состояний, каждая со своей собственной, относительно постоянной моделью восприятия и осмысления отношения к окружающему и самому себе

Б. По меньшей мере две из этих идентификаций или личностных состояний периодически управляют поведением больного

В. Неспособность больного вспомнить важную информацию, касающуюся лично его; при этом нарушение столь выражено, что его нельзя объяснить простой забывчивостью

Г. Нарушение не имеет прямой связи с воздействием психоактивного вещества (например, дезорганизованное поведение во время алкогольного опьянения) и не обусловлено соматическим или неврологическим заболеванием (например, психомоторной эпилепсией)

Диссоциативные расстройства 203

V. ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИОННОЕ РАССТРОЙСТВО

А. Определение. Устойчивые состояния или повторные эпизоды переживания отчуждения собственной личности или своего тела, например ощущение себя механическим устройством или человеком, существующим в сновидении.

Б. Диагноз и симптомы. Часто наблюдаются искажения в ощущении времени и пространства, кажущаяся несоразмерность конечностей и дереализация (ощущение нереальности окружающего мира). Пациенты могут испытывать чувство, будто они являются роботами. Нередко расстройство сопровождается

головокружением, депрессивными и обсессивными мыслями, тревогой и озабоченностью соматическим состоянием.

Деперсонализация— нарушение самосознания личности, сопровождающееся отчуждением некоторых или всех психических процессов: чувство изменения, утраты, отчуждения или раздвоения своего «я». Искажение восприятия самого себя может проявляться как утратой единства «я» в целом, так и отчуждением отдельных частей тела. Деперсонализация может иметь различную степень тяжести. В более лёгких вариантах наблюдается внутренняя изменённость чувств и мыслей, которые становятся непохожими на прежние, в более тяжёлых— утрата собственного «я». Деперсонализация может выражаться феноменом расщепления «я», при котором больные ощущают раздвоение личности, сосуществование двух по-разному думающих и действующих личностей в одном человеке (что соответствует критериям диссоциативного расстройства идентификации по DSM-IV). Деперсонализация обычно сопровождается рефлексией, попытками подробно описывать и анализировать своё состояние.

Деперсонализацию в отечественной психиатрии принято рассматривать как расстройство самосознания неистерического генеза (как правило, сочетающееся с дереализацией). Однако существует точка зрения, согласно которой деперсонализация типа «как будто» наблюдается при истерическом сумеречном помрачении сознания. Наиболее характерна деперсонализация для депрессивных состояний при циклотимии, маниакально-депрессивном психозе, шизофрении; наблюдается при эпилепсии, соматогенных психических расстройствах, в структуре синдрома дисморфобии. В МКБ-10 синдром деперсонализации относится к рубрике «Другие невротические расстройства» (F48).

Таблица 12-6. Диагностические критерии деперсонализационного расстройства по DSM-IV

А. Устойчивое или периодическое переживание отчуждения своих психических процессов или своего тела, как если бы субъект, переживающий это состояние, был сторонним наблюдателем (например, ощущение себя человеком, пребывающим во сне)

Б| При деперсонализации оценка реальности не страдает

В. расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушение в социальной, профессиональной или других сферах жизнедеятельности

Г. Ощущение деперсонализации не возникает исключительно на фоне другого психического расстройства, такого, как шизофрения, паническое расстройство, острая реакция на стресс или другое диссоциативное расстройство, не имеет прямой связи с воздействием психоактивного вещества (например, при злоупотреблении наркотиками или лекарственными средствами) и не обусловлено соматическим или неврологическим заболеванием

204 Глава 12 V В

В. Эпидемиология. Табл. 12-2.

Г. Этиология. Табл. 12-2.

Д. Дифференциальный диагноз. Деперсонализация как симптом может возникать при многих как психических, так и соматоневрологических синдромах. Необходимо исключить расстройства настроения, тревожные расстройства, шизофрению, диссоциативное расстройство идентификации, употребление психоактивных веществ, побочное действие лекарственных средств, новообразования и травмы головного мозга, судорожные расстройства. При деперсонализационном расстройстве деперсонализация является доминирующим симптомом.

Е. Течение и прогноз. Табл. 12-2.

Ж. Лечение. При тревожных состояниях обычно назначают анксиолитики, а также поддерживающую терапию и терапию, ориентированную на

формирование адекватной самооценки. Эпизоды деперсонализации сокращаются по мере ослабления тревоги.

IV. ДИССОЦИАТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО НЕУТОЧНЁННОЕ

А. Определение. Диссоциативные симптомы выражены, но клиническая картина расстройства полностью не отвечает диагностическим критериям специфического диссоциативного расстройства. Расстройства, при которых доминирует диссоциация (т.е. происходит нарушение или изменение нормальной интеграции между способностью осознавать себя как личность, памятью на прошлые события и непосредственными ощущениями), но которые не соответствуют критериям специфического диссоциативного расстройства.

Б. Примеры

1. Расстройство, по клиническим проявлениям напоминающее диссоциативное расстройство

идентификации, при котором исполнительный контроль над пациентом может осуществлять более чем одна личность; случаи, при которых вторая личность никогда не принимает на себя полный контроль или отсутствует амнезия на важную информацию.

2. Дереализация, не сопровождаемая деперсонализацией.

3. Диссоциативные состояния, которые могут встречаться у лиц, подвергшихся длительному и интенсивному насильственному внушению, например «промыванию мозгов», принудительной обработке сознания при захвате террористами или при вовлечении в секту.

4. Диссоциативное расстройство в виде транса — нарушения сознания, идентификации или памяти, которое проявляется в определённом регионе или в условиях той или иной культуры, например амок (реакция гнева с агрессией у малайцев), пиблокто (приступы возбуждения с нанесением себе ущерба у эскимосов). Состояния транса представляют собой изменённые состояния сознания со значительно сниженным или избирательным реагированием на окружающие стимулы. У детей такие состояния могут , наступать после физического насилия или травмы.

Э. Кома, ступор или потеря сознания, не связанные с соматоневрологическим заболеванием. Расстройства, при которых внезапное и неожиданное бегство и организованное, целенаправленное поведение при неспособности вспомнить своё прошлое не сопровождаются перевоплощением в другую личность (частично или полностью).

6. Синдром Ганзера, сочетающийся с такими симптомами, как амнезия, дезориентировка, нарушения восприятия, фуги, и конверсионными симптомами.

13

Сексуальные дисфункции,
расстройства половой
идентификации и парафилий

Подобное объединение психосексуальных расстройств осуществлено впервые. Во всех предшествовавших классификациях, включая и МКБ-10, они относились к разным рубрикам. В DSM-III-R, например, нарушения половой идентификации находились не в рамках сексуальной патологии, а были включены в «расстройства, обычно диагностируемые в младенческом, детском и юношеском возрасте». В МКБ-10 существует несколько иное подразделение, подразумевающее соседство парафилий (F65 — расстройства сексуального предпочтения) и нарушений половой идентификации (F64) в главе «Расстройства зрелой личности и поведения», тогда как сексуальные дисфункции описаны в рубрике «Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием» (F52) в главе «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами». Сведение всех этих состояний воедино более

оправданно по нескольким причинам. Во-первых, между этими нарушениями могут существовать многообразные взаимосвязи: например, формирование парафилий может базироваться на искажениях половой идентификации, а нарушения психосексуальных ориентации — предопределять функциональные сексуальные расстройства и т.д.

I. СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ

А. Определение. Сексуальные дисфункции могут быть проявлениями биологических нарушений (биогенные), внутриспсихических и межличностных конфликтов (психогенные) или сочетания этих факторов. На сексуальную активность могут неблагоприятно влиять любые стрессы, эмоциональные расстройства. Вне зависимости от этиологии сексуальное расстройство сопровождается устойчивой тревогой, связанной с сексуальной потенцией. Сексуальная дисфункция может быть врождённой или приобретённой (развиться после периода нормальной половой функции), генерализованной или ситуационной (ограниченной определённым партнёром или определённой ситуацией), обусловленной психологическими факторами или сочетанием различных факторов. Основные категории сексуальных расстройств, перечисленных в DSM-IV.

- а. Расстройства сексуального влечения.
- б. Расстройства сексуального возбуждения.
- в. Расстройства оргазма.

205

206 Глава 13 ИБ

- г. Сексуальные болевые расстройства.
- д. Сексуальная дисфункция, обусловленная соматическим заболеванием.
- е. Сексуальная дисфункция, обусловленная психоактивными веществами.
- ж. Сексуальная дисфункция неутончённая.

Б. Расстройства сексуального влечения. Расстройства сексуального влечения подразделяют на два типа: снижение сексуального влечения с недостатком или отсутствием сексуальных фантазий и желания сексуальной близости и расстройство, характеризующееся отвращением к сексу и избеганием сексуального партнёра. Пациенты с нарушением сексуального влечения могут подавлять его, так как испытывают страх перед сексуальным контактом. Отсутствие влечения может быть связано

Таблица 13-1. Фазы сексуальной реакции и связанные с ними сексуальные дисфункции по DSM-IV

Фаза	Характеристика	Дисфункция
1. Влечение	Отличается от остальных физиологических фаз и включает аспекты фундаментальной психологии — мотивацию, побуждение и особенности личности	Сниженное сексуальное влечение; расстройство, связанное с отвращением к сексуальным контактам и отсутствием сексуального удовольствия; снижение сексуального влечения, обусловленное соматическим заболеванием (у мужчин и женщин); нарушение влечения, вызванное психоактивным веществом
2. Возбужде ние	Субъективное чувство сексуального удовольствия и сопутствующие физиологические изменения. В этой фазе объединены все	Расстройство сексуального возбуждения у женщин; нарушение эрекции у мужчин (также может возникать во время 3-й и 4-й фаз); расстройство эрекции у мужчин, обусловленное со-

	физиологические реакции, отмеченные Masters и Johnson при описании фазы возбуждения и фазы плато	матическим заболеванием; диспареуния, обусловленная органическим нарушением или заболеванием (у мужчин и женщин); нарушение возбуждения вызванное, психоактивным веществом
3 Оргазм	Наивысшая стадия сексуального удовольствия со снижением сексуального напряжения и ритмическим сокращением мышц промежности и внутренних половых органов	Расстройство оргазма у женщин; расстройство оргазма у мужчин; преждевременная эякуляция; сексуальная дисфункция, обусловленная соматическим заболеванием (у мужчин и женщин); сексуальная дисфункция, связанная с ослаблением оргазма, вызванная психоактивным веществом
4. Разрешение	Чувство общего расслабления, благополучия и мышечной релаксации. Мужчины на определённое время, которое увеличивается с возрастом, утрачивают способность испытывать оргазм, в то время как женщины способны к множественному оргазму без рефрактерного периода	Посткоитальная дисфория, посткоитальная головная боль

Примечание. Фаза возбуждения и фаза плато, выделенные Masters и Johnson, в DSM-IV объединены в одну фазу возбуждения, которой предшествует фаза влечения. Фазы оргазма и разрешения идентичны фазам, выделенным Masters и Johnson.

Сексуальные дисфункции, расстройства половой идентификации и парафилии 207

с хронической тревогой, депрессией или использованием препаратов, угнетающих ЦНС. У супружеских пар, посещающих сеансы сексуальной терапии, жалобы на отсутствие сексуального влечения наиболее часты, причём у женщин они отмечаются чаще, чем у мужчин.

В. Расстройства сексуального возбуждения включают нарушения эрекции у мужчин и сексуального возбуждения у женщин. При диагностике следует учитывать сексуальную направленность пациента, интенсивность и продолжительность необходимой ему сексуальной стимуляции. Если стимуляция неадекватна, диагноз установить нельзя. 1 У женщин. Распространённость расстройств сексуального возбуждения у женщин обычно недооценивается. В одном исследовании указывается, что у 33% женщин из относительно благополучных семейных пар имеются нарушения сексуального возбуждения. Трудности в поддержании сексуального возбуждения могут отражать психологические конфликты (например, тревогу, чувство вины, страх) или физиологические изменения. Изменение уровней тестостерона,

эстрогена, пролактина и тироксина, а также антигистаминные лекарственные средства играют роль в возникновении расстройств сексуального возбуждения.

2. У мужчин (Также обозначается как расстройство эрекции и импотенция). Распространённость импотенции у молодых мужчин составляет 8%. Однако впервые это расстройство может возникнуть и в более позднем возрасте. Существует ряд диагностических методов, которые позволяют дифференцировать импотенцию органического происхождения, т.е. связанную с соматическим нарушением, и импотенцию функциональную, т.е. психологическую. Чаще используют метод ночных измерений набухания пениса (эрекции, которые возникают во время сна), в норме связанного с фазой быстрых движений глаз.

Таблица 13-2 Диагностические критерии расстройства сексуального возбуждения у женщин по DSM-IV

А Устойчивая или повторяющаяся невозможность достигать сексуального возбуждения или поддерживать его с увлажнением и набуханием половых органов до тех пор, пока не будет завершён половой акт Б Расстройство вызывает значительный дистресс или трудности в межличностных отношениях В Сексуальная дисфункция не соответствует критериям другого расстройства на оси I (за исключением другой сексуальной дисфункции) и не может быть целиком обусловлена прямым действием психоактивного вещества (например, при злоупотреблении лекарством) или соматическим заболеванием

Уточните тип расстройства Врождённое Приобретённое

Уточните тип расстройства Генерализованное Ситуационное

Уточните, обусловлено ли расстройство. Психологическими факторами Сочетанием различных факторов

208 Глава 13 I г

Таблица 13-3. Диагностические критерии расстройства эрекции у мужчин по DSMIV

А. Устойчивая или повторяющаяся невозможность достигать достаточной эрекции или поддерживать её до

тех пор, пока не будет завершён половой акт

Б. Расстройство вызывает значительный дистресс или трудности в межличностных отношениях В Нарушение эрекции не соответствует критериям другого расстройства на оси I (за исключением другой сексуальной дисфункции) и не может быть целиком обусловлено прямым действием психоактивного вещества (например, при злоупотреблении лекарством) или соматическим заболеванием

Уточните тип расстройства: Врождённое Приобретённое

Уточните тип расстройства: Генерализованное Ситуационное

Уточните, обусловлено ли расстройство. Психологическими факторами Сочетанием различных факторов

Важную роль для определения этиологии дисфункции играет история болезни. Если больной сообщает о том, что у него бывают утренние эрекции, спонтанная эрекция или нормальная эрекция при мастурбации или половом акте с другой, а не с постоянной партнёршей, то органическая причина импотенции исключается. Психологические причины импотенции включают неразрешённые конфликты, появившиеся до и после возникновения эдипова комплекса, следствием которых является формирование сверх-Я, направленного на самонаказание, неспособность доверять партнёрше или чувство собственной неполноценности. Расстройство эрекции также может отражать проблемы во взаимоотношениях партнёров. Г. Расстройства оргазма

1. У женщин. Расстройства оргазма у женщин (аноргазмия) представляет собой повторяющуюся и устойчивую задержку или отсутствие оргазма после фазы нормального сексуального возбуждения. Приблизительно 5% замужних

женщин в возрасте до 35 лет никогда не испытывали оргазма при половых сношениях. Этот показатель выше среди незамужних и более молодых женщин. Общая распространённость нарушений оргазма у женщин составляет 30%.

Психологические факторы, связанные с торможением оргазма, включают боязнь забеременеть или быть отвергнутой партнёром, враждебность к мужчинам, чувство вины за свои сексуальные побуждения или супружеские конфликты.

2. У мужчин. При расстройствах оргазма у мужчин (задержанный оргазм) эякуляция при половом акте достигается с большим трудом или не достигается вообще. Врождённый характер заболевания, как правило, указывает на более серьёзные психопатологические расстройства, чем приобретённый. В последнем случае задержка эякуляция часто отражает сложности в межличностных отношениях.

3. Преждевременная эякуляция. Преждевременная эякуляция является основной жалобой 35—40% мужчин, получающих лечение по поводу сексуальных расстройств, и

I

Сексуальные Аисфункции, расстройства половой идентификации и парафилии
209

Таблица 13-4. Диагностические критерии расстройства оргазма у женщин по DSMIV

А. Устойчивая или повторяющаяся задержка или отсутствие оргазма после фазы нормального сексуального возбуждения. У женщин существуют большие различия в видах и интенсивности стимуляции, которые вызывают оргазм. Диагноз должен ставиться в том случае, если, по мнению врача, способность женщины испытывать оргазм ниже, чем принято считать нормальной в её возрасте, при её сексуальном опыте и адекватности сексуальной стимуляции, которую она получает

Б. Расстройство вызывает значительный дистресс или трудности в межличностных отношениях

В. Нарушение оргазма не соответствует критериям другого расстройства на оси I (за исключением другой сексуальной дисфункции) и не может быть целиком обусловлено прямым действием психоактивного вещества (например, при злоупотреблении лекарством) или соматическим заболеванием

Уточните тип расстройства: Врождённое Приобретённое

Уточните тип расстройства: Генерализованное Ситуационное

Уточните, обусловлено ли расстройство: Психологическими факторами
Сочетанием различных факторов

представляет собой устойчивое и повторяющееся возникновение оргазма и эякуляции раньше, чем мужчина этого хочет. Расстройство более распространено у молодых мужчин, у мужчин с новой сексуальной партнёршей и у мужчин с высшим образованием, чем у менее образованных; как полагают, преждевременная эякуляция связана с озабоченностью своей способностью удовлетворить партнёршу. Преждевременная эякуляция также может быть вызвана бессознательным страхом мужчины перед влагалищем. Она может возникнуть как следствие сексуальных контактов в раннем возрасте, когда ребенок боялся, что о них узнают. Женитьба, связанная со стрессами, обостряет это расстройство.

Преждевременная эякуляция лучше всего поддаётся лечению методами поведенческой терапии. Д. Сексуальные болевые расстройства

1. Вагинизм. Вагинизм представляет собой непроизвольное сокращение мышц влагалища, которое препятствует введению в него полового члена и нормальному половому сношению. Этим расстройством чаще страдают женщины из высших социально-экономических слоев общества. Причиной вагинизма может быть сексуальная травма, например изнасилование

(включая сексуальное насилие в детстве). Женщины с психосексуальными конфликтами могут воспринимать половой член как оружие. В происхождении этой дисфункции могут играть роль и строгое религиозное воспитание, согласно которому секс считается грехом, и двойственное отношение женщины к своему партнёру, который может быть ей эмоционально неприятен.

2. Диспареуния. Диспареуния представляет собой повторяющуюся или устойчивую боль в гениталиях до, во время или после полового сношения. Диагноз диспареунии

210 Глава 13 IЕ

не ставится, если заболевание имеет органическую основу (эндометриоз, вагинит, цервицит и другие заболевания тазовых органов).

Жалобы на хроническую боль в области таза часто встречаются у женщин, которые подвергались сексуальному насилию, в том числе в детстве. Боль при совокуплении может быть результатом напряжения или тревоги. Диспареуния редко встречается у мужчин и обычно имеет органическую причину. Е. Сексуальная дисфункция, обусловленная соматическим заболеванием

1. Расстройство эрекции у мужчин. Данные статистических исследований показывают, что у 20-25% мужчин расстройство эрекции имеет органическую основу.

2. Диспареуния. У 30-40% женщин, которые обращаются к сексопатологам с жалобами на диспареунию, имеется патология тазовых органов. После хирургических вмешательств в области таза или на половых органах приблизительно у 30% женщин наступает временная диспареуния. Однако в большинстве случаев наблюдаются функциональные нарушения.

Органические нарушения, которые могут вызвать диспареунию, включают раздражение и инфекцию остатков девственной плевы, рубцы от эпизиотомии, воспаление бартолиновых желёз, различные формы вагинита и цервицита, эндометриоз и болезнь Пейрони.

3. Снижение сексуального влечения. Сексуальное влечение обычно ослабевает после тяжёлой болезни или хирургического вмешательства. Влечение могут также снижать лекарственные препараты, угнетающие деятельность ЦНС или понижающие выработку тестостерона.

4. Другие сексуальные дисфункции у мужчин. Расстройство оргазма у мужчин может быть обусловлено физиологическими причинами или возникать после операции на мочеполовых органах. Оно может быть также связано с болезнью Паркин-сона и другими неврологическими заболеваниями, включая повреждения поясничного и крестцового отделов спинного мозга. Задерживать эякуляцию могут и некоторые лекарственные препараты, например гуанетидин.

5. Другие сексуальные дисфункции у женщин. Некоторые соматические заболевания, особенно болезни эндокринной системы (гипотиреоз, сахарный диабет, ги-перпролактинемия), могут повлиять на способность женщины испытывать оргазм.

Ж. Сексуальная дисфункция, обусловленная психоактивными веществами. Проявляется в течение 1 мес после отравления психоактивным веществом или при синдроме отмены наркотиков. В малых количествах некоторые психоактивные вещества повышают потенцию, но продолжительное их использование нарушает эрекцию, эякуляцию и способность испытывать оргазм.

3. Сексуальная дисфункция неуточнённая. Сексуальные дисфункции, которые не отвечают критериям какой-либо специфической сексуальной дисфункции. Примеры включают посткоитальные головные боли, оргазмическую ангедонию и боль при мастурбации.

И. Лечение. Методы лечения сексуальных дисфункций, которые доказали свою эффективность, включают: 1) выработку навыков правильного

сексуального поведения; 2) систематическую десенситизацию; 3) двойную сексуальную терапию; 4) психодинамические подходы; 5) групповую терапию; 6) фармакотерапию; 7) хирургическое лечение; 8) гипнотерапию. При обследовании состояния и лечении пациента следует учитывать вероятность сопровождающих сексуальную дисфункцию личностных расстройств и физических нарушений.

Сексуальные дисфункции, расстройства половой идентификации и парафилии
211

Таблица 13-5. Болезни и другие органические нарушения, связанные с расстройством эрекции у мужчин

Инфекционные и паразитарные заболевания

Слоновость Эпидемический паротит

Сердечно-сосудистые заболевания

Атеросклероз Аневризма аорты Синдром Лериша Сердечная недостаточность

Болезни мочеполовой системы

Болезнь Пейрони

Хроническая почечная недостаточность

Гидроцеле и варикоцеле

Болезни печени

Цирроз (обычно связанный с алкогольной зависимостью)

Болезни органов дыхания

Дыхательная недостаточность

Наследственные болезни

Синдром Клайнфелтера

Врождённые васкулярные или структурные аномалии полового члена

Расстройства питания

Недостаточность питания Витаминная недостаточность

Болезни эндокринной системы

Сахарный диабет

Дисфункция системы гипофиз-надпочечники-яички

Акромегалия

Болезнь Аддисона

Хромобластная аденома гипофиза

Опухоли надпочечников

Микседема

Гипертиреоз

Болезни нервной системы

Рассеянный склероз Поперечный миелит Болезнь Паркинсона Височная эпилепсия

Новообразования и травмы спинного мозга Новообразования головного мозга и других отделов центральной нервной системы Боковой амиотрофический склероз Периферический неврит Прогрессивный паралич Сухотка спинного мозга

Воздействие фармакологических веществ

Алкоголь и другие вещества, вызывающие зависимость (героин, метадон, морфин, кокаин, фенамин и барбитураты)

Назначенные с целью лечения препараты (психотропные, гипотензивные, эстрогены и антиандрогены)

Отравления

Отравление свинцом (сатурнизм) Отравление гербицидами

Хирургические вмешательства

Перинеальная простатэктомия Абдоминально-перинеальная колостомия

Симпатэктомия (часто препятствует эякуляции) Аортоподвздошный анастомоз

Радикальная цистэктомия Ретроперитонеальная лимфаденэктомия

Другие состояния

Радиационная терапия Перелом костей таза

Любое тяжёлое системное заболевание или изнуряющее состояние
Привечаяе. В США приблизительно 2 млн человек страдают импотенцией по причине сахарного диабета, 300 тыс. — по причине других заболеваний эндокринной системы, 1,5 млн — вследствие болезней сердечно-сосудистой системы, 180 тыс. — из-за рассеянного склероза, 400 тыс. — из-за травм и переломов, вызвавших повреждения тазовых органов и спинного мозга, 650 тыс. — в результате различных хирургических вмешательств, включая простатэктомию, колостомию и цистэктомию.

212 Глава 13 ИИ

Таблица 13-6. Фармакологические вещества, способствующие возникновению сексуальных дисфункций у мужчин*

Вещество	Нарушает эрекцию	Нарушает эякуляцию
Психотропные препараты		
Трициклические антидепрессанты		
Имипрамин	+	+
Протриптилин	+	+
Дезипрамин	+	+
Ююмипрамин	+	+
Амитриптилин	+	+
Тразодон	—	—
Ингибиторы моноаминоксидазы		
Транилципромин	+	
Фенелзин	+	+
Паргелии	-	+
Изокарбоксазид	—	+
Другие вещества, действующие на настроение		
Литий	+	
Фенамин	+	+
Флуоксетин	-	+
Нейролептики		
Флуфеназин	+	
Тиоридазин	+	+
Хлорпротиксен	—	+
Мезоридазин	-	+
Перфеназин	-	+
Трифлуоперазин	-	+
Резерпин	+	+
Галоперидол	-	+
Анксиолитические препараты		
Хлордiazепоксид	—	+
Гипотензивные средства		
Клонидин	+	
Метилдофа	+	+
Спинолактон	+	—
Гидрохлортиазид	+	—
Гуанетидин	+	+
Вещества, часто вызывающие зависимость		
Алкоголь	+	+
Барбитураты	+	+
Марихуана	+	—
Кокаин	+	+
Героин	+	+

Метадон	+	—
Морфин	+	+
Прочие препараты		
Противопаркинсонические средства	+	+
Клофибрат	+	
Дигоксин	+	—
Глутетимид	+	+
Индометацин	+	—
Фентоламин	-	+
Пропранолол	+	-

* Распространённость расстройств эрекции у мужчин, связанных с использованием трициклических препаратов, невысока. В некоторых случаях тразодон может стать причиной возникновения приапизма. Нарушение сексуальной функции после применения нейрорептиков отмечается нечасто. Приапизм как следствие приёма нейрорептиков также встречается редко. Бензодиазепины могут понижать либидо, но уменьшение имеющейся тревоги при лечении этими препаратами может сопровождаться повышением потенции.

Сексуальные дисфункции, расстройства половой идентификации и парафилии
213 Таблица 13-7. Психотропные препараты, подавляющие оргазм у женщин*

Трициклические антидепрессанты

Имипрамин

Кломипрамин

Нортриптилин Ингибиторы моноаминоксидазы

Транилципромин

Фенелзин

Изокарбоксазид Антагонисты дофаминовых рецепторов

Тиоридазин

Трифлуоперазин Ингибиторы обратного захвата серотонина

Флуоксетин

Пароксетин

Сертралин

* Механизм действия фармакологических средств, вызывающих сексуальную дисфункцию у женщин, изучен недостаточно. Оральные контрацептивы понижают либидо у некоторых женщин, а ряд препаратов с антихолинергическим побочным действием может вызвать нарушение сексуального возбуждения и оргазма. Бензодиазепины могут понижать либидо, но уменьшение тревоги под влиянием этих препаратов может сопровождаться повышением сексуальных функций. Психоактивные препараты могут как увеличивать, так и снижать либидо. Трудно определить, вызваны ли эти эффекты состоянием, в котором находится пациент, или улучшением этого состояния. Сексуальная дисфункция, связанная с употреблением лекарственного препарата, исчезает после прекращения его приёма.

1. Психоаналитически ориентированная терапия. Одним из наиболее эффективных способов лечения является сочетание сексуальной терапии (выработка навыков правильного сексуального поведения) с психодинамически и психоаналитически ориентированной терапией. Сочетание этих методов позволяет обеспечить лечение тех пациентов, у которых сексуальные нарушения связаны с другими психическими расстройствами.

2. Поведенческая терапия. Цель поведенческой терапии состоит в установлении или восстановлении вербального и сексуального общения партнёров. Чтобы помочь пациентам справиться с их конкретными проблемами, назначают специальные упражнения. Сначала эти упражнения направлены на достижение вербального контакта, а затем — на повышение

сенсорного осознания взгляда, прикосновения, звука и запаха. Первое время половые сношения не разрешаются и партнёры учатся получать удовольствие, созерцая и лаская друг друга без стимуляции гениталий. Беспокойство по поводу совершения полового акта уменьшается, поскольку возбуждение гениталий и оргазм не обязательны для завершения начальных упражнений. Во время упражнения по фокусированию ощущений пациенты получают значительное подкрепление, что снижает их тревогу. Им приходится фантазировать, чтобы отвлечь себя от навязчивых раздумий о совершении полового акта (и о том, как его оценит партнёр). Принимаются во внимание потребности обоих партнёров — страдающего и не страдающего дисфункцией. Врач должен решать такие проблемы пациентов, как усталость или отсутствие времени для выполнения упражнений. Постепенно к общей стимуляции тела присоединяют стимуляцию половых органов. В конечном итоге партнёрам разрешается совершить половой акт. За каждым

214 Глава 13 ИИ

новым периодом упражнений следуют сеансы психотерапии, на которых обсуждаются трудности и успехи партнёров как в сексуальных отношениях, так и в других областях жизни.

а. Методы и упражнения для лечения различных видов дисфункций. Для лечения различных видов дисфункций используются разные методы.

i. Вагинизм. Женщинам рекомендуется расширять вход во влагалище пальцами

или специальным расширителем.

п. Преждевременная эякуляция. Упражнение, называемое техникой сжатия, применяется для того, чтобы повысить порог возбудимости полового члена: сам пациент или его партнёрша сильно сжимает головку члена при первых ощущениях приближающейся эякуляции. Эрекция уменьшается, а эякуляция тормозится. Разновидность этого метода — техника стоп-старта. Сжатие в этом случае не используется, а стимуляция полового члена прекращается по мере того, как приближается эякуляция. ш. Расстройство сексуального влечения у мужчин. Иногда мужчина должен

мастурбировать, чтобы убедиться в возможности полной эрекции и эякуляции.

iv. Расстройство оргазма у женщин (первичная аноргазмия) Женщина должна мастурбировать, иногда с использованием вибратора. Поощряется эротическое фантазирование.

v. Задержанная эякуляция. Первоначально мужчина должен управлять эякуляцией, не вводя половой член во влагалище. Затем половой член стимулируется до появления признаков приближающейся эякуляции и после этого постепенно вводится во влагалище.

б. Поведенческая терапия. Эффективна в 40-85% случаев сексуальных расстройств. В 10% случаев, которые не поддаются лечению другими способами, рекомендуется интенсивная индивидуальная психотерапия. Примерно для трети пар с сексуальными расстройствами, которые не поддаются поведенческой терапии, применяемой как самостоятельный метод, требуется сочетание поведенческой и сексуальной терапии.

3. Биологическая терапия. Методы биологической терапии включают фармакотерапию (йохимбина гидрохлорид, папаверин, психотропные препараты) и хирургическое лечение (протезирование полового члена, реваскуляризация).

II. РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ

Понятия «идентичность» и «идентификация» с клинической точки зрения не тождественны. Если идентичность — состояние, то идентификация — процесс, механизм формирования и поддержания стабильности идентичности. Половая идентичность определяется как единство поведения и самосознания индивида, причисляющего себя к определённому полу и ориентирующегося на требования соответствующей половой роли. Под половой ролью понимается

модель поведения, которую должен усвоить и которой должен соответствовать индивид, чтобы его признали мужчиной или женщиной. Половая идентичность — субъективное переживание половой роли, а половая роль — публичное выражение половой идентичности.

Сексуальные дисфункции, расстройства половой идентификации и парафилии
215

А. Определение. Устойчивое чувство дискомфорта, связанное со своей половой принадлежностью, или чувство неуместности своей половой роли. Половая идентификация (идентичность) представляет собой психологическое состояние, которое отражает внутреннее ощущение своей принадлежности к мужскому или женскому полу. Половая роль человека является публичным выражением его половой идентификации. Пол (или биологический пол) — это чисто анатомические и физиологические характеристики, которые определяют человека как мужчину или женщину, например пенис или влагалище.

Предлагаемая отечественными учёными модель детерминации пола выделяет следующие её уровни:

1. Физикальные детерминанты половой принадлежности:

- а) генетический пол, который определяется по кариотипу (XX/XY);
- б) гонадный пол, который определяется по гистологическому строению половой железы (семенники/яичники);
- в) гаметный пол характеризуется способностью половой железы образовывать сперматозоиды или яйцеклетки, т.е. выявляет роль данного индивида в процессе воспроизведения;
- г) гормональный пол отражает способность половой железы секретировать специфические половые гормоны;
- д) морфологический (соматический) пол, который определяется по фенотипу субъекта, т.е. по строению его внутренних и наружных половых органов, а также вторичных половых признаков.

2. Промежуточная (первая конвенциональная) детерминанта, к которой относится гражданский пол, определяемый акушерами по морфологическому полу.

3. Социально-психологические детерминанты связаны с воспитанием пола, определяющимся многими факторами — от выбора одежды, причёски и игр до применения наказания за неконформное сексуальное поведение. К этой же группе детерминант относятся половая идентичность, половая роль и психосексуальные ориентации, являющиеся этапами психосексуального развития.

Однако главным фактором, определяющим поведение индивида, является психический пол, под которым понимается совокупность характеристик психической деятельности и поведения индивида, которые в субъективной и объективной интерпретации могут быть отнесены к признакам пола.

Сексуальная ориентация означает стремление иметь половую связь с представителями определённого пола (мужчинами или женщинами), например гомосексуальная, гетеросексуальная, бисексуальная ориентация.

Выделяют 3 этапа становления сексуальности:

1. Половая идентичность формируется в период до 7 лет. В фазе научения складываются представления о половых различиях (внешний вид, одежда, строение тела и гениталий) на нейтральном эмоциональном фоне. В фазе реализации отмечаются игры с разглядыванием и ощупыванием половых органов.

216 Глава 13 ИБ

2. Формирование стереотипа полоролевого поведения, т.е. выбор половой роли, наиболее соответствующей психофизиологическим особенностям ребёнка и идеалам маскулинности (фемининности) микросоциальной среды, происходит в 7—13 лет. В фазе научения происходит выработка полоролевой

установки, а в фазе реализации она осваивается в играх («дочки-матери» и т.п.).

3. На этапе психосексуальной ориентации (13—18 лет) становление либидо проходит несколько стадий:

- а) платоническая, для которой характерен выраженный эмоциональный компонент, имеющий возвышенную, романтическую окраску. Проявляется в виде детской влюблённости, желания духовного общения;
- б) эротическая, на которой отмечаются эротические фантазии, интерес к соответствующей литературе, ласки и игры, чаще без оргазма;
- в) сексуальная, на которой происходят реализация либидо, начало половой жизни.

Транссексуализм выражает устойчивое желание избавиться от своих первичных и вторичных половых признаков, приобрести половые признаки противоположного пола и жить и восприниматься как лицо противоположного пола.

Б. Диагноз, признаки и симптомы.

Проявления нарушений половой идентичности более разнообразны. Так, отсутствует трансвестизм двойной роли, включённый МКБ-10 в сходную рубрику и характеризующийся переодеванием в одежду противоположного пола для временного переживания принадлежности к этому полу (¥64.1).

В. Эпидемиология

1. Не известна, но данные расстройства встречаются редко.
2. Распространённость у мужчин и женщин составляет 30:1 и 6:1 соответственно.
3. Примерно 1 из 30 000 мужчин и 1 из 100 000 женщин стремятся изменить свой пол хирургическим путём.

Г. Этиология

1. Биологические факторы. В формировании мужских вторичных половых признаков играют роль тестостерон, а также такие области головного мозга, как гипоталамус. Противоречивым остаётся вопрос о том, способствует ли тестостерон появлению так называемого мужского или женского поведения при расстройствах половой идентификации. Половые гормоны влияют на сексуальное поведение у достигших половой зрелости мужчин и женщин, т.е. тестостерон может повысить либидо и агрессивность у женщин, а эстроген может понизить либидо и агрессивность у мужчин.

2. Психосоциальные факторы. Возникновению расстройств половой идентификации в детстве способствует отсутствие моделей поведения, соответствующих полу ребёнка, и выражаемое или подразумеваемое воспитателями поощрение поведения, присущего другому полу. Матери могут подавлять своего сына или проявлять чрезмерную любовь к нему, делая его изнеженным, чувствительным и женоподобным. Природные особенности темперамента у девочек могут проявляться энергичностью и агрессивностью. К расстройствам -половой идентификации может предрасполагать физическое и сексуальное насилие.

Сексуальные дисфункции, расстройства половой идентификации и парафилии
217

Таблица 13-8. Диагностические критерии расстройства половой идентификации по DSM-IV

А. Сильное и устойчивое ощущение своей принадлежности к противоположному полу (не просто желание воспользоваться преимуществами, которые предоставляет другому полу данная культура)

У детей нарушение проявляется 4 симптомами из следующих:

1. Устойчивое и сильное желание быть лицом другого пола или восприниматься таковым
2. У мальчиков — предпочтение носить женскую одежду или вещи, напоминающие женские одеяния; у девочек — настойчивое стремление

носить только мужскую одежду

3. Сильное и устойчивое предпочтение исполнять роль представителей другого пола в детских играх или устойчивые фантазии, представление себя лицом другого пола

4. Интенсивное желание принимать участие в играх или развлечениях, типичных для противоположного пола

5. Значительное предпочтение игр с детьми противоположного пола

У подростков и взрослых нарушение проявляется в выраженном желании быть лицом противоположного пола, частом ношении одежды противоположного пола или использовании мужчинами женской косметики, желании жить и восприниматься как лицо противоположного пола или убежденность в том, что он или она чувствует и реагирует как лицо противоположного пола

Б. Устойчивое ощущение дискомфорта, связанное со своей половой принадлежностью, или чувство неуместности половой роли, связанной со своей половой принадлежностью

У детей нарушение проявляется любым симптомом из следующих: у мальчиков — это утверждение, что их половой член или яички омерзительны или что они исчезнут, либо утверждение, что было бы лучше, если бы полового члена не было, отвращение к типичным играм, игрушкам для мальчиков и мужским видам деятельности; у девочек — это отказ мочиться сидя, утверждение, что у неё есть пенис или она хочет, чтобы он вырос, или утверждение, что она не хочет, чтобы у неё увеличивались молочные железы или начались менструации, или выраженное отвращение к свойственной женскому полу одежде У подростков и взрослых нарушение проявляется в стремлении избавиться от своих первичных и вторичных половых признаков {например, требование гормонального лечения, хирургического вмешательства или других процедур с целью изменить свои половые признаки, чтобы стать похожим на лицо противоположного пола) или убежденность в том, что их рождение мужчиной или женщиной ошибочно

В. Нарушение не сопровождается физическим состоянием интерсексуальности

Г. Нарушение вызывает серьезный дистресс либо осложнения в социальной, трудовой или других областях жизнедеятельности

Кодировать расстройство следует, основываясь на возрасте пациента:

Расстройство половой идентификации в детском возрасте Расстройство половой идентификации в подростковом и зрелом возрасте

Уточните сексуальную ориентацию пациента (для пациентов, достигших половой зрелости): Гомосексуальная Гетеросексуальная Бисексуальная Ни одна из вышеперечисленных

218 Глава 13 НА

Д. Дифференциальный диагноз

1. Фетишистский трансвестизм. Переодевание в одежду противоположного пола с целью достижения сексуального возбуждения; может сосуществовать с расстройством половой идентификации (двойной диагноз).

2. Интерсексуальные расстройства

3. Шизофрения. Истинный бред принадлежности к другому полу встречается редко. Е. Течение и прогноз

1. Расстройство половой идентификации в детском возрасте. Симптомы могут ослабевать самопроизвольно или после лечения. Прогноз зависит от возраста больного и тяжести симптомов. Расстройство начинается в возрасте до 4 лет, а конфликты со сверстниками возникают в возрасте 7 или 8 лет. У девочек расстройство проявляется в раннем возрасте, но большинство из них расстаются с мужеподобным поведением по достижении подросткового возраста. Транссексуализм развивается менее чем в 10% случаев.

2. Расстройство половой идентификации в зрелом возрасте Транссексуализм. По достижении полового созревания у пациента появляются устойчивое

ощущение дискомфорта в связи со своим биологическим полом и желание освободиться от своих первичных и вторичных половых признаков и приобрести половые признаки, характерные для противоположного пола. В детстве у большинства транссексуалов наблюдались расстройства половой идентификации, как правило, отмечался трансвестизм; возможны другие психические расстройства, особенно пограничное расстройство личности или депрессивное расстройство; существует риск самоубийства; пациенты могут сами изуродовать свои половые органы, чтобы принудить хирургов сделать им операцию по изменению пола.

В отечественной сексологии проводится важное для выбора терапевтических подходов деление транссексуализма на ядерные и краевые варианты. Первые практически не зависят от влияний микросоциальной среды и без смены пола адаптации не поддаются. Вторые отличаются мягкостью течения и оцениваются как внешне компенсированные и социально адаптированные, несмотря на сохраняющееся ощущение принадлежности к противоположному полу. Предполагается, что в основе краевых вариантов лежат менее грубые нарушения половой дифференцировки структур мозга в пренатальном онтогенезе.

Ж. Лечение

1. Расстройство половой идентификации в детском возрасте. Необходимо культивировать традиционные полоролевые модели, а при их отсутствии использовать в качестве примера членов семьи (брат, сестра) либо проводить другие аналогии. Воспитатели должны быть также ориентированы на формирование соответствующих полу ребёнка поведения и привычек. Следует лечить и любое психическое расстройство, связанное с расстройством половой идентификации.

2. Расстройство половой идентификации в подростковом возрасте. С трудом поддаётся лечению из-за сосуществования личностного кризиса и неопределённости половой идентификации. Внешнее выражение внутриспсихической деятельности типично для всех пациентов, и подростки редко выражают желание изменить свою стереотипную транссексуальную роль.

Сексуальные дисфункции, расстройства половой идентификации и парафилии
219 Таблица 13-9. Классификация интерсексуальных расстройств*

Синдром	Описание
Врождённая вирилизация, надпочечни-ковая гиперплазия (адреногенитальный синдром)	Возникает в результате избытка андрогенов у зародыша с генотипом ХХ; наиболее часто встречающееся интерсексуальное расстройство у женщин; сопровождается увеличением клитора, слиянием губ влагалища и гирсутизмом в подростковом возрасте
Синдром Тернера	Возникает в результате отсутствия одной женской половой хромосомы (ХО); симптомы заболевания включают крыловидную шею, маленький рост, вывернутые наружу локти; половые гормоны не вырабатываются; пол обычно определяется как женский из-за половых органов, похожих на женские
Синдром Клайнфелшера	Генотип ХХУ; мужское телосложение с маленьким половым членом и недоразвитыми яичками из-за низкой

	выработки андрогенов; слабое половое влечение; пол обычно определяется как мужской
Синдром андрогенной нечувствительности (синдром феминизации при мужском псевдогермафродитизме)	Врожденное нарушение рецессивных особенностей, связанное с X-хромосомой, в результате которого ткани-мишени не способны отвечать на воздействие андрогенов; внешние женские половые органы и не опустившиеся в мошонку яички; пол определяется как женский, несмотря на генотип ХУ; в ряде случаев имеются небольшие молочные железы, нормальные наружные гениталии, маленькое влагалище; волосы под мышками и в области половых органов отсутствуют
Изменение содержания ферментов у генотипа ХУ (например, недостаточность 5-α-редуктазы, 17-гидроксистероида)	Врожденное прекращение выработки тестостерона, которое вызывает развитие двойственных гениталий и женского телосложения; пол обычно определяется как женский из-за половых органов, похожих на женские
Гермафродитизм	Встречается редко; одновременно есть и яички, и яичники у одного и того же человека (46 XX или 46 ХУ)
Псевдогермафродитизм	Обычно является следствием эндокринных или ферментных нарушений (например, надпочечниковая гиперплазия) у людей с нормальными хромосомами; при женском псевдогермафродитизме половые органы похожи на мужские, генотип ХУ; определение пола как мужского или женского зависит от строения гениталий

* Интерсексуальные расстройства включают ряд состояний, при которых имеются анатомические или физиологические особенности противоположного пола.

3. Расстройство половой идентификации в зрелом возрасте

а. Психотерапия. Должна быть направлена на то, чтобы помочь пациенту почувствовать себя комфортно, имея ту половую идентификацию, которую он предпочитает; терапия не направлена на то, чтобы заставить пациента принять половую идентификацию, соответствующую его анатомическому полу. При лечении рассматривается вопрос об операции по изменению пола, а также показания и противопоказания для подобного вмешательства, на которое часто импульсивно решаются пациенты в состоянии тяжёлого дистресса или сильной тревоги.

220 Глава 13 III

б. Хирургическое изменение пола. Окончательное изменение пола. Пациенты проходят испытательный срок от 3 до 12 мес, в течение которого они должны постоянно носить одежду противоположного пола и получать гормональное лечение. 70-80% пациентов довольны результатами операции. Неудовлетворённость результатами связана с тяжёлыми имеющимися или предшествовавшими психопатологическими нарушениями. 2% оперированных кончают жизнь самоубийством.

в. Гормональное лечение. Многие пациенты предпочитают этот вид лечения хирургическому.

III. ПАРАФИЛИИ

Данные расстройства проявляются необычными, так называемыми девиантными, странными сексуальными влечениями, фантазиями или действиями. Парафилии чаще встречаются у мужчин. Этиология неизвестна. У пациентов может существовать биологическая предрасположенность (изменения ЭЭГ, уровня гормонов), играют роль психологические факторы, например физическое насилие в детстве. Согласно психоаналитической теории, парафилии обусловлены фиксацией человека на одной из стадий психосексуального развития или стремлением защититься от страха перед кастрацией. Согласно теории обучения, если впервые сексуальное возбуждение происходит в детстве при странных обстоятельствах, то впоследствии образуется условный рефлекс и сексуальное возбуждение будет возникать каждый раз в подобных обстоятельствах.

Действия пациентов с парафилией часто не зависят от его воли. Пациенты постоянно проявляют своё аномальное поведение и не способны контролировать свои побуждения. Во время стресса, тревоги или депрессии патологическое поведение пациента усугубляется. Пациент может неоднократно принимать решения отказаться от своих привычек, но обычно не может совладать с собой достаточно долго, и срывы сменяются глубоким чувством вины. Лечение различными методами приносит лишь небольшой успех и включает психотерапию, направленную на формирование у пациента адекватной самооценки, поведенческую терапию и фармакотерапию, в том числе в сочетании с другими методами.

Выделяют 3 основные модели парафилии:

1. Обсессивно-компульсивная модель, которая акцентирует элементы чуждости, неодолимости, непроизвольности и аутохтонности, столь характерные для переживания эгодистонических форм парафилии (МКБ-10— F66.1).
2. Аддиктивная модель, подчеркивающая стереотипизацию парафильных реализаций с характерным эмоциональным эффектом.
3. Этологическая модель указывает на аналогию парафилии с соответствующим поведением животных, а следовательно, и на механизм формирования этих аномальных вариаций поведения, представляющих собой фиксацию ранних онтогенетических (филогенетических) стереотипов либо регрессивный возврат к ним.

Все эти модели позволяют говорить о парафильном поведении как о поведении по преимуществу непроизвольном, часто возникающем в результате насильственных (об-сессивно-компульсивных) состояний.

Таблица 13- Парафилии

10.

Расстройств о	Определение	Общие замечания	Лечение
Эксгибиционизм	Обнажение своих половых органов перед незнакомым и не ожидающим этого лицом; у женщин встречается редко	Эксгибиционист стремится шокировать женщину — её реакция служит для него подтверждением, что он потенциально способен к совокуплению	Психотерапия, направленная на формирование у пациента адекватной самооценки, аверсивная терапия. Женщина должна постараться не обращать внимания на мужского эксгибициониста, он не представляет опасности, или вызвать полицию

Фетишизм	Половое возбуждение возникает при созерцании неодушевлённых предметов, например обуви, волос, предметов одежды	Почти всегда наблюдается у мужчин. За подобным поведением часто следует чувство вины	Психотерапия, направленная на формирование у пациента адекватной самооценки, аверсивная терапия, мастурбация с использованием феттера, пока тот не перестанет вызывать возбуждение (насыщение при мастурбации)
Фроттеризм	Половое возбуждение и удовлетворение достигаются трением полового члена о верхнюю одежду женщины	Наблюдается в многолюдных местах, в транспорте. Обычно встречается у пассивных, не уверенных в себе мужчин	Психотерапия, направленная на формирование адекватной самооценки, аверсивная терапия, групповая терапия, антиандрогенная терапия
Педофилия	Половое влечение к детям, не достигшим 13 лет; наиболее часто встречающаяся парафилия	95% педофилов гетеросексуальны, 5% — гомосексуальны. Высокий риск повторения этих действий и боязнь нормальной половой жизни; низкая самооценка. 10-20% детей в возрасте до 18 лет подвергались домогательствам со стороны взрослых	Госпитализация, групповая терапия, психотерапия, направленная на формирование у пациента адекватной самооценки, антиандрогенная терапия
Мазохизм	Сексуальное возбуждение при грубом физическом или психическом воздействии или унижении (моральный мазохизм) со стороны партнёра	Защита от чувства вины, связанного с сексом, — наказание, направленное против самого себя	Психотерапия, направленная на формирование у пациента адекватной самооценки, групповая терапия
Садизм	Сексуальное возбуждение вследствие причинения психических или физических страданий другому человеку	Наблюдается преимущественно у мужчин. Расстройство названо по имени маркиза де Сада. В некоторых случаях садисты способны совершать изнасилования	Психотерапия, направленная на формирование у пациента адекватной самооценки, аверсивная терапия

Таблица 13- Окончание 10.

Расстройство	Определение	Общие замечания	Лечение
Фетишистский трансвестизм	Надевание одежды противоположного пола для того, чтобы добиться сексуального	Наиболее часто используется для того, чтобы вызвать гетеросексуальное возбу-	Психотерапия, направленная на формирование у пациента адекватной самооце

	возбуждения	ждение. Чаще мужчина надевает предметы женской одежды. Не путать с транс-сексуализмом — желанием изменить свой пол	
Вуайеризм	Сексуальное возбуждение во время созерцания обнаженных или совершающих половой акт людей. Возможен у женщин, но чаще встречается у мужчин. Разновидностью вуайеризма является прослушивание телефонных разговоров на эротические темы, например секс по телефону	Акт вуайеризма обычно приводит к мастурбации или сопровождается ею. Вуайеристов часто задерживают, когда они начинают проявлять свое любопытство в неподходящих местах	Психотерапия, направленная на формирование у пациента адекватной самооценки, аверсивная терапия
Прочие парафилии			
Экскреторные парафилии	Сексуальное возбуждение при манипулировании каловыми массами партнёра (ко-профилия) или его мочой (урофилия)	Фиксация на анальной стадии психосексуального развития; клизмофилия (использование клизмы для сексуальной стимуляции)	Психотерапия, направленная на формирование у пациента адекватной самооценки
Зоофилия	Половые сношения с животными	Наиболее часто встречается в сельской местности; возможна при отсутствии условий для нормальных половых сношений	Модификация поведения, психотерапия, направленная на формирование у пациента адекватной самооценки

14

Расстройства, связанные с едой

I. ВВЕДЕНИЕ

Основные разновидности этих расстройств определяются нарушениями так называемого пищевого поведения — нервной анорексией и нервной булимией.

II. НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ

А. Определение. Состояние, характеризующееся патологической боязнью ожирения и связанным с этим жёстким ограничением питания. Часто приводит к тяжёлому истощению, представляющему потенциальную опасность для жизни (согласно исследованиям, у 5-18% пациентов).

Термин «нервная анорексия» не вполне отражает суть расстройства, поскольку анорексия означает отсутствие аппетита, а при этом заболевании аппетит не только не страдает, но даже может повышаться после периодов голодания. Только на поздних этапах болезни аппетит исчезает, так как вследствие постоянно вызываемой искусственной рвоты снижается кислотность желудочного сока и происходят общие дистрофические нарушения. Больные доводят себя до истощения не из-за отсутствия аппетита, а из-за стремления похудеть вследствие болезненной убеждённости в собственной полноте. Они сознательно ограничивают не только количество,

но и калорийность пищи, предпочитая овощи, фрукты и избегая блюд, от которых можно «растолстеть». Однако при этом больные проявляют интерес к приготовлению различных блюд для других членов семьи, что можно расценивать как сохранность аппетита и подавление влечения к еде. Этот термин продолжают использовать и в американской, и в отечественной психиатрии, хотя современные авторы считают нервную анорексию одним из психосоматических расстройств.

Отечественные исследователи определяют нервную анорексию как болезненную (навязчивую, сверхценную или бредовую) убежденность в своей полноте. Она приводит пациентов к мысли о необходимости коррекции этого мнимого или чрезвычайно преувеличенного физического недостатка, результатом чего становится сознательное ограничение в еде с целью похудения, что приводит к соматическим и эндокринным расстройствам и физическому истощению. Изучение нервной анорексии в рамках психосоматической патологии наиболее целесообразно, так как психопатологические отклонения здесь первичны, а аноректическое поведение и соматические и эндокринные нарушения вторичны.

223

т

224 Глава 14 I Б

Таблица 14-1. Диагностические критерии нервной анорексии по DSM-IV

А. Отказ поддерживать массу тела на уровне, который считается минимальной нормой для данного возраста и роста (например, похудание приводит к тому, что масса тела составляет 85% нормы или прибавка массы тела в процессе роста составляет менее 85% ожидаемой)

Б. Выраженная боязнь увеличения массы тела или ожирения, даже при истощении

В. Нарушение восприятия своей фигуры или массы своего тела, преувеличенное внимание к своей фигуре или к своему телу или отрицание того, что масса тела снижена

Г. Аменорея у женщин с установившейся менструальной функцией, т.е. отсутствие подряд по меньшей мере 3 менструальных циклов. (Аменорею диагностируют тогда, когда менструация возникает только под действием эстрогенов.)

Уточните тип расстройства:

Ограниченный тип нервной анорексии. Во время эпизода нервной анорексии у пациента не бывает приступов переедания, он не применяет средства для очищения кишечника (вызывание рвоты, применение слабительных средств, клизм) или диуретиков

Нервная анорексия с приступами переедания и искусственным опорожнением кишечника. Во время эпизода нервной анорексии у пациента бывают регулярные приступы переедания, он применяет средства для очищения кишечника (вызывание рвоты, применение слабительных средств, клизм) или диуретики

Б. Диагноз, признаки и симптомы В. Эпидемиология

1. Распространённость — 0,5-1% девочек-подростков.

2. Возраст начала заболевания — 13-20 лет; заболевание часто связано со стрессовым событием.

3. Соотношение распространённости среди мужчин и женщин составляет 1:10-20.

4. Наиболее часто встречается в экономически развитых странах, в первую очередь у людей, чьи профессии требуют стройной фигуры, например у манекенщиц, балерин.

У манекенщиц, балерин, актрис стройная фигура необходима для карьеры, поэтому стремление похудеть у них, как правило, не имеет болезненной основы, даже несмотря на значительное, по сравнению с общепринятой

нормой, снижение массы тела, и может быть направлено на привлечение к себе внимание. Так, известная манекенщица Твигги, благодаря которой в 60-70-х годах вошли в моду мини-юбки, стала знаменитой именно из-за своеобразного рекорда в похудании, но её худоба не помешала ей успешно выполнять свои профессиональные обязанности. Многие знаменитые певицы и актрисы периодически то резко худеют, то вновь полнеют, но вряд ли кто-либо из психиатров поставит им диагноз нервной анорексии.

Г. Этиология

1. Биологические факторы. Более высокий показатель конкордантности у монозиготных, чем у дизиготных, близнецов. В семье пациента часты случаи депрессивных расстройств, алкогольной зависимости или расстройств пищевого поведения. Возможна повышенная вероятность заболевания у сестёр. Нейрохимические процессы отражают уменьшение содержания 3-метокси-4-гидроксифенилгликола в моче и спинномозговой жидкости, что предполагает снижение реагирования и активности норадреналина. Активность эндогенных опиатов понижается вследствие голодания. Ре-

к

Расстройства, связанные с едой 225

зультаты позитронно-эмиссионной томографии показали, что метаболизм в хвостатых ядрах был более интенсивным во время состояния, вызванного анорексией, чем после прибавки массы тела.

2. Психологические факторы. Расстройство представляет собой реакцию на требование независимости и социальной или сексуальной активности в подростковом возрасте.

3. Социальные факторы. Мода на стройную фигуру и комплексы соответствующих упражнений. У пациента могут быть близкие, но непростые отношения с родителями.

Вряд ли моду на стройные фигуры можно рассматривать как этиологический фактор этого расстройства, поскольку человек без личностных отклонений обычно разумно относится к моде, выбирая то, что для него приемлемо. Утрированное или сверхценное отношение к моде может быть проявлением девиации личности (например, истерической). В связи с этим целесообразнее говорить не о моде как таковой, а об особенностях личности как об этиологическом факторе. Многие современные девушки и женщины увлекаются различными диетами, регулярно используют слабительные средства, клизмы, пробуют патентованные средства для похудения, массажную аппаратуру, пояса, кремы, занимаются аэробикой, шейпингом, бегом и другими физическими упражнениями, чтобы похудеть. В отличие от больных нервной анорексией они, как правило, не скрывают от близких своего стремления похудеть и методов достижения желаемого. Личностям с истерическими чертами характера свойственна демонстрация окружающим своих усилий в этом направлении, они с увлечением обсуждают свои проблемы с любым заинтересовавшимся человеком, в гостях демонстративно отказываются от предлагаемых блюд, заявляя: «Я худею», «Я на диете* и пр. Возможны высказывания типа: «Я безобразно толстая» или «У меня ужасная фигура», но сами пациенты так не считают, они как бы напрашиваются на комплимент, ожидая опровержения от собеседника. У них нет дисморфофобических переживаний по поводу «безобразной фигуры», их беспокойство ограничивается вербальным уровнем. Некоторые личности с психастеническими чертами, высказывающие озабоченность деформацией фигуры из-за излишней полноты, легко переубеждаются окружающими и зачастую на этом успокаиваются, находя самооправдание погрешностям в диете, или придерживаются ограничений в разумных пределах. Вместе с тем многие девушки и женщины (реже юноши и мужчины) без каких-либо личностных девиаций действительно тратят много времени, сил и средств, чтобы похудеть или исправить недостатки фигуры, и нередко добиваются

значительного снижения массы тела, но эти случаи не следует расценивать как нервную анорексию, поскольку они не сопровождаются дисморфоманией (недостатки фигуры не мнимые и отношение к ним не достигает степени навязчивой или бредовой идеи) и диссимуляцией (усилия по похуданию не скрываются); критическое отношение к своему поведению и возможность переубеждения сохраняются. Усилия дают, как правило, положительный эффект, но не приводят к дистрофии и не причиняют вреда их здоровью и внешности. Многие мужчины и женщины считают, что «лучше быть жизнерадостной толстушкой со свежим цветом лица и гладкой кожей, чем бледной, измождённой худышкой с обвисшей кожей», и этому мнению нельзя отказать в справедливости. Стремление походить на некий идеал может быть первоначальным мотивом для ограничения в питании у некоторых подростков, но всё же в большинстве случаев это не приводит к истощению. Для нервной анорексии типична патологическая, некорректируемая убеждённость в «излишней полноте» своей фигуры, противоречащая очевидным фактам (развитие дистрофии).

8—4950

226 Глава 14 IA

Описаны случаи с летальным исходом, когда девушки доводили массу тела до катастрофического уровня — 35-32 кг. В чрезмерном увлечении модой, выходящем за разумные рамки и приводящем к каким-либо выраженным расстройствам, следует искать личностную патологию.

Д. Психодинамика

1. Неспособность психологически отделить свою личность от материнской.
2. Страх забеременеть.
3. Сдерживание сексуальных или агрессивных побуждений.

Некоторые отечественные исследователи выделяют другие характерные проявления нервной анорексии. В основе расстройства лежит так называемая дисморфомания, которая включает дисморфофобию (ложное представление о внешнем уродстве) в виде навязчивости, сверхценных или бредовых идей, возникающих чаще в пубертатном возрасте и сочетающихся с патологическими чертами характера и явлениями деперсонализации. Выделены этапы заболевания: дисморфоманический, аноректический и кахектический. Важным симптомом заболевания является диссимуляция: пациенты скрывают от окружающих (в первую очередь от родных) как мотивы отказа от еды, так и всё, что связано со стремлением похудеть (стремятся питаться отдельно, используют разные уловки — незаметно перекладывают пищу в чужую тарелку, выбрасывают её, прячут, отдают домашним животным и т.п.). На фоне собственного голодания типичны стремление перекармливать других членов семьи, особенно младших братьев и сестёр, а также интерес к приготовлению блюд. Наиболее яркое проявление болезни — отсутствие критического отношения к своему состоянию даже при выраженном истощении (некоторые больные теряют до 50% массы тела). Этому сопутствуют соматические и эндокринные нарушения (истончение мышц, сухость и шелушение кожи, ломкость ногтей, выпадение волос, кариес и выпадение зубов, анацидный гастрит, атония кишечника, анемия, снижение уровня сахара в крови и др.). Больные не поддаются переубеждению и противятся попыткам их накормить.

Е. Дифференциальный диагноз

1. Соматические заболевания и расстройства, связанные с использованием психоактивных веществ. Соматические заболевания, например рак, опухоль мозга, расстройства желудочно-кишечного тракта, злоупотребление лекарствами, которое может привести к похуданию.
2. Депрессивное расстройство. У больного депрессией аппетит понижен, тогда как больной анорексией говорит о хорошем аппетите и чувстве голода (аппетит утрачивается только на отдалённых этапах заболевания). У больного

депрессией отсутствует озабоченность калорийностью пищи. Он не боится располнеть или испортить фигуру.

3. Соматизированное расстройство. Похудание не столь значительно; отсутствует болезненный страх располнеть; аменорея не типична.

4. Нервная булимия. Случаи снижения массы тела более чем на 15% наблюдаются редко.

Ж. Течение и прогноз. 40% больных выздоравливают, у 30% состояние улучшается, в 30% случаев болезнь принимает хроническую форму.

Расстройства, связанные с едой 227

3. Лечение

1. Может быть амбулаторным или стационарным; проводится в педиатрическом, терапевтическом или психиатрическом отделении в зависимости от выраженности похудания и физического состояния больного. Пациенту с депрессией, высоким суицидальным риском или семейными проблемами показано лечение в психиатрическом отделении. Лечение в стационарных условиях обеспечивает гарантированную прибавку массы тела, устранение потенциально опасных для жизни больного последствий голодания, а также осложнений, связанных с нарушением обмена веществ. Определяется масса тела, которую должен набрать пациент, и разрабатывается программа лечения, которая включает контролируемый режим питания, пищевые добавки и кормление через желудочный зонд при отказе пациента принимать пищу.

2. Медикаментозное лечение. Пациенты с нервной анорексией часто резистентны к лекарственным средствам, и ни одно из них не является достаточно эффективным. Лучше использовать ципрогептадин и антидепрессанты при сочетании анорексии с большим депрессивным расстройством. Могут быть эффективны серотонинергические препараты, например бупропион.

3. Психотерапия. В целом при лечении нервной анорексии психотерапия малоэффективна. С помощью когнитивной поведенческой терапии, направленной на изменение отношения пациента к еде, питанию, своей фигуре и связанных с этим привычек, можно достичь определённого прогресса. Используется семейная терапия.

III. НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ

А. Определение. Эпизодическое, неконтролируемое поглощение большого количества пищи (обжорство) с последующей рвотой, использованием слабительных средств или диуретиков, голодания или интенсивных физических упражнений, направленных на предотвращение прибавки массы тела (приступы переедания с последующим искусственным опорожнением кишечника).

Отечественные психиатры считают, что нервная анорексия и нервная булимия — это не два разных варианта, а стадии одного заболевания, при котором самоограничение в еде может перейти в булимию либо нервная анорексия и нервная булимия сосуществуют. Больные какое-то время ограничивают себя в еде, но затем не выдерживают голодания и не могут удержаться от поглощения больших количеств пищи: с течением времени развивается булимия. Хотя пациенты добиваются искусственной эвакуации пищи после эпизодов гиперфагии, далеко не всем из них удаётся достичь желаемого эффекта — похудания. Наоборот, масса тела постепенно возрастает, что побуждает пациентов вновь энергично изыскивать средства для «борьбы с полнотой». Со временем гиперфагия с последующей искусственной рвотой может приобретать характер навязчивости, причём сам процесс еды доставляет удовольствие. Наряду с этим возможны аффективные расстройства — депрессия, реже эйфория, а также ипохондрические переживания.

Таблица 14-2 Диагностические критерии нервной булимии по DSM-IV

А. Повторяющиеся приступы обжорства. Эпизод обжорства характеризуется одновременно 2 следующими признаками:

1. Поглощение за определённый период (например, за 2 ч) большого количества пищи, чем человек в среднем может съесть за такое же время
2. Неспособность контролировать поглощение пищи (пациент чувствует, что не может остановиться или контролировать количество и способ поглощения пищи)

Б. Компенсаторное поведение, направленное на то, чтобы не допустить прибавки массы тела: вызывание рвоты, применение слабительных, диуретиков, клизм и других способов; голодание; чрезмерное увлечение физическими упражнениями

В. Приступы обжорства и компенсаторное поведение возникают по меньшей мере дважды в неделю на протяжении 3 мес

Г. Чрезмерная озабоченность своей фигурой и массой тела

Д. Нарушение не возникает только во время эпизодов нервной анорексии

Уточните тип расстройства:

Нервная булимия с удалением пищи. Во время эпизода нервной булимии пациент регулярно вызывает у себя рвоту или применяет другие средства для очищения кишечника (слабительные средства, клизмы) или диуретики

Нервная булимия без удаления пищи. Во время эпизода нервной булимии у пациента наблюдается компенсаторное поведение, например голодание или чрезмерное увлечение физическими упражнениями, но без вызывания рвоты, использования слабительных средств, клизм или диуретиков

Б. Диагноз, признаки и симптомы В. Эпидемиология

1. Распространённость — 1-3% молодых женщин.
2. Заболевание обычно начинается в возрасте 16-18 лет.
3. Соотношение у мужчин и женщин — 1:10. Г. Этиология

1. Биологические факторы. Изучение метаболизма указывает на пониженную активность норадреналина и серотонина. У некоторых пациентов, часто вызывающих у себя рвоту, происходят изменения со стороны плазмы крови. У многих наблюдается депрессия; депрессия и ожирение чаще обнаруживаются у членов семьи пациента.

2. Социальные факторы. Возникновение расстройства связано с модой на стройную фигуру. Пациент стремится к тому, чтобы его фигура стала совершенной. При этом расстройстве чаще, чем при нервной анорексии, отмечаются семейные конфликты, безразличное или пренебрежительное отношение к пациенту в семье.

3. Психологические факторы. Проблемы, связанные с подростковым возрастом. Пациенты с нервной булимией более непоседливы, гневливы и импульсивны, чем пациенты с нервной анорексией. Возможен страх перед началом самостоятельной жизни вне семьи после окончания школы. Характерны симптомы тревоги и депрессии; риск самоубийства. Вероятна алкогольная зависимость; приблизительно треть больных похищает еду из магазинов.

Д. Психодинамика

1. Борьба за психологическую независимость своей личности от материнской выражается в двойственном отношении к еде.

Расстройства, связанные с едой 229

2. Неприемлемость сексуальных фантазий и агрессивных побуждений проявляется символически. Е. Дифференциальный диагноз

1. Болезни нервной системы. Например, припадки, эквиваленты эпилепсии, синдром

Клювера-Бьюси и синдром Клейне-Левина.

2. Пограничное расстройство личности. Пациенты иногда страдают обжорством, но при этом есть другие признаки данного синдрома.

3. Большое депрессивное расстройство. У пациентов редко проявляется особое отношение к пище или её непереносимость.

Эпизоды гиперфагии возможны и при различных психогенных расстройствах. Нередко женщины «заедают» свои неприятности, т.е. поглощают больше пищи после психотравмирующего события. Булимия может быть симптомом латентной депрессии. Необходима дифференциальная диагностика с шизофренией (например, булимия при кататонической шизофрении или других её формах, сопровождающихся деперсонализацией и дисморфоманией), а также с органическим поражением головного мозга, диэнцефальными нарушениями, синдромом Клейне-Левина. Гиперфагия может быть следствием гипогликемии, например, при сахарном диабете и других эндокринных нарушениях. Булимия наблюдается при церебрально-атрофических процессах и деменции, особенно при сенильной.

Ж. Течение и прогноз. Течение обычно хроническое без ослабления организма, если расстройство не осложняется нарушением электролитного баланса и метаболическим алкалозом.

3. Лечение

1. Госпитализация. Возможна при нарушении электролитного баланса, метаболическом алкалозе и высоком риске самоубийства.

2. Медикаментозное лечение. Антидепрессанты более эффективны, чем при лечении нервной анорексии. Имипрамин, дезипрамин, тразодон и ингибиторы моноаминоксидазы, например фенелзин, согласно проведенным исследованиям, ослабляют симптомы. Сообщается об эффективности флуоксетина при эпизодах обжорства и последующего очищения кишечника.

3. Психотерапия. Отсутствие контроля над своим пищевым поведением обычно заставляет пациента согласиться на лечение, которое включает индивидуальную психотерапию, когнитивную, поведенческую терапию и групповую психотерапию. Лечение должно быть направлено на нормализацию пищевых привычек, отношения к еде и представлений об идеальной комплекции.

15

Расстройства сна

I. ВВЕДЕНИЕ

Расстройства сна представляют собой частое явление как среди населения в целом, так и среди пациентов с психическими расстройствами. Наиболее распространенное расстройство сна — инсомния (бессонница). Ею страдают до 30% населения. Другие нарушения сна включают дневную сонливость, трудность засыпания в нужное время, необычные состояния, возникающие в процессе сна, например тревожные сновидения, сомнамбулизм (снохождение).

В DSM-IV расстройства сна классифицированы на основе клинико-диагностических критериев и предполагаемой этиологии. Основные категории расстройств сна:

- 1) первичные расстройства сна;
- 2) расстройства сна, связанные с психическими нарушениями;
- 3) другие расстройства сна (расстройства сна, обусловленные соматическим заболеванием или употреблением психоактивных веществ).

Основные клинические типы расстройств сна в DSM-IV — диссомния и парасомния — совпадают с МКБ-10. Существенное отличие двух классификаций касается принципиальных подходов к систематике расстройств сна. Их отнесение в одну рубрику DSM-IV происходит вне зависимости от этиологии. В МКБ-10 учитывается не только временной отрезок манифестации этих расстройств, но и их происхождение. В соответствии с этим принципом в DSM-IV в одной рубрике рассматриваются как первичные расстройства сна, так и органически обусловленные, в то

время как в МКБ-10 последние помещены в другую рубрику. Например, синдром Клейне-Левина, нарколепсия, апноэ, ночная миоклония и другие в DSM-IV рассматриваются в одной рубрике с психогенными расстройствами сна, а в МКБ-10 относятся к непсихотическим расстройствам органического происхождения и вынесены в другую рубрику.

А. Стадии сна. Сон оценивается с помощью полисомнографа с одновременной регистрацией активности головного мозга на электроэнцефалограмме (ЭЭГ), частоты движения глазных яблок на электроокулограмме и мышечного тонуса на электромиограмме. Одновременно можно применять и другие физиологические тесты. Результаты ЭЭГ используются для описания стадий сна (табл. 15-1).

В среднем человеку требуется 15-20 мин для того, чтобы заснуть. В течение следующих 45 мин после засыпания наступают III и IV стадии сна (самый глубокий сон; требуется наибольшая стимуляция, чтобы разбудить человека). Примерно через 45 мин после IV стадии наступает первый период быстрого движения глазных яблок (REM-фаза, средняя продолжительность 90 мин). С течением ночи каждая REM-фаза становится длиннее. В

231

232 Глава 15 I Б

дальнейшем сон становится более чутким и нередко сопровождается сновидениями (REM-фаза сна). Б. Характеристики REM-фазы сна

1. Понижение мышечного тонуса.
2. Уменьшение частоты дыхания.
3. Состояние относительной пойкилотермии (охлаждение крови).
4. Эрекция пениса. В. Сон и старение

1. Субъективные жалобы пожилых людей.
 - а. Время пребывания в постели увеличивается.
 - б. Увеличивается число ночных пробуждений.
 - в. Уменьшается общее время ночного сна.
 - г. Больше времени требуется на то, чтобы заснуть.
 - д. Неудовлетворённость сном.
 - е. Усталость и сонливость днём.
 - ж. Частый дневной сон.

Кроме гигиены сна, для его улучшения наиболее часто применяют следующие психотерапевтические методики:

1. Методика релаксации, целью которой является влияние на сон посредством изменения предшествующего состояния бодрствования.
2. Методика биологической обратной связи, основанная на том, что физиологическая деятельность пациентам том числе и функция сна может изменяться при получении информации о ней.
3. Когнитивная психотерапия, целью которой является замена беспокойности по поводу ночного сна с драматизацией последствий длительной бессонницы спокойными, нейтральными мыслями.
4. Методика стимуляции контроля, основанная на выработке «ритуалов сна» и направленная на создание гарантии того, что сон связан с быстрым засыпанием.
5. Методика, направленная на улучшение сна посредством его ограничения.

Таблица 15-1. Стадии сна

Бодрствование	Низкая смешанная активность, очень быстрые колебания
Засыпание	а-Волны частотой 8-12 колебаний в секунду (КВС) и низкоамплитудная активность смешанной частоты
Стадия I	Некоторое замедление, низкоамплитудная регулярная активность частотой 3-7 КВС, 9-волны

Стадия II Дальнейшее замедление, трёхфазный волновой комплекс и веретенообразные волны частотой 12-14 KBC (сонные веретена); эта фаза характеризует собой начало глубокого сна

Стадия III Д-Волны, высокоамплитудная активность частотой 0,5-2,5 KBC

Стадия IV Д-Волны составляют по меньшей мере 50% кривой ЭЭГ (III и IV стадии составляют Д-сон)

REM-фаза - На ЭЭГ волны в виде зубьев пилы, сходные с состоянием дремоты

Расстройства сна 233

2. Объективные, связанные с возрастом изменения цикличности сна:

а. Общее сокращение REM-фазы.

б. Сокращение III и IV стадий.

в. Частые пробуждения.

г. Уменьшение продолжительности ночного сна.

д. Потребность спать днём.

е. Тенденция к укорочению фаз сна.

3. Расстройства сна, которые наиболее часто встречаются у пожилых людей.

а. Ночная миоклония.

б. Синдром беспокойных ног.

в. Нарушения в REM-фазе сна.

г. Апноэ во сне.

д. Синдром «заката» (спутанность сознания как результат воздействия седативного средства).

4. Использование лекарственных препаратов и наличие соматических расстройств способствуют появлению нарушений сна.

II. ПЕРВИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА СНА

A. Диссомнии

1. Первичная инсомния. Определение «первичная» указывает на то, что появление инсомнии не связано с каким-либо соматическим или психическим заболеванием. Характеризуется затруднённым засыпанием и повторными пробуждениями, которые отмечаются на протяжении не менее 1 мес.

а. Лечение инсомнии может включать использование методики дезобусловливания, трансцендентальную медитацию, прослушивание записей сеансов релаксации, применение седативных или (осторожно) снотворных средств.

б. Некоторые способы улучшения сна (гигиена сна) описаны в табл. 15-2.

Таблица 15-2. Неспецифические способы улучшения сна (гигиена сна)

1. Каждый день просыпаться в одно и то же время

2. Ограничить продолжительность ежедневного пребывания в постели временем, привычным для пациента до возникновения расстройства сна

3. Не употреблять вещества, воздействующие на центральную нервную систему (кофеин, никотин, алкоголь, стимуляторы)

4. Не спать днём (за исключением случаев, когда после дневного сна улучшается сон ночью)

5. Использовать постепенно усложняемую программу физических упражнений по утрам для поддержания хорошего самочувствия

6. Избегать возбуждения перед сном; заменить просмотр телепередач лёгким чтением или прослушиванием радиопрограмм

7. Принимать в течение 20 мин перед сном горячую ванну для поднятия температуры тела

8. Регулярно принимать пищу в определённое время; не есть слишком много перед сном

9. По вечерам использовать методики саморасслабления, такие, как

постепенная мышечная релаксация или медитация

10. Выбирать комфортные условия для сна

234 Глава 15 ПА

Инсомнию характеризует степень выраженности в её структуре пре-, интра- и пост-сомнических расстройств. Пресомнические расстройства проявляются нарушением засыпания в виде задержки наступления сна, интрасомнические — нарушением продолжительности и глубины сна, постсомнические — нарушениями в быстроте и времени пробуждения. Правильная их квалификация и оценка позволяют с наибольшей адекватностью назначить лечение с преимущественным влиянием на расстройства засыпания или глубину и продолжительность сна.

2. Первичная гиперсомния. Диагноз ставится в случае отсутствия других причин, которые могли бы объяснить чрезмерную сонливость на протяжении не менее 1 мес. Лечение заключается в использовании возбуждающих средств (таких, как фенамин).

3. Нарколепсия

а. Характеризуется тетрадой симптомов; 1) дневная сонливость; 2) катаплексия; 3) утренний паралич; 4) гипнагогические галлюцинации. i Дневная сонливость

а. Считается первичным симптомом нарколепсии; остальные симптомы вторичные.

б. Отличается от утомления кратковременными непреодолимыми приступами сна продолжительностью менее 15 мин.

в. Появлению приступов сна могут предшествовать выполнение однообразной деятельности или работа в сидячем положении.

г. Кратковременный сон днём оказывает освежающее действие — эффект длится 30-120 мин.

и Катаплексия

а. Встречается у 70-80% пациентов, страдающих нарколепсией.

б. Короткие (от секунд до минут) эпизоды мышечной слабости или обездвиженное™.

в. В случае, если эпизод непродолжителен, потери сознания не происходит.

г. По окончании приступа пациент чувствует себя нормально.

д. Часто катаплексию вызывают:

1. Смех (как правило).

2. Гнев (как правило).

3. Выполнение физических упражнений.

4. Возбуждение или приподнятое настроение.

5. Половой акт.

6. Страх.

7. Смущение.

е. У некоторых пациентов наблюдается уплощение аффекта или недостаток выразительности вследствие попыток контролировать эмоции.

ж. Может проявляться в частичной утрате мышечного тонуса (общая слабость, смазанная речь, появление слабости в коленях, отвисание челюсти).

ш. Утренний паралич

а. Встречается у 25-50% населения.

б. Временный частичный или полный паралич (утрата мышечного тонуса) при пробуждении.

в. Чаще всего возникает в период пробуждения.

Расстройства сна 235

г. Сознание сохранено, но утрачивается способность двигаться.

д. Обычно продолжается менее 1 мин. iv. Гипнагогические галлюцинации

а. Сноподобные переживания, возникающие при переходе от бодрствования ко сну.

б. У пациента сохраняется способность ориентироваться в пространстве.

- в. Яркие слуховые или зрительные галлюцинации или иллюзии.
 - г. Возникают на протяжении нескольких лет.
 - б. REM-фазы в начальном периоде сна
 - 1. Нарколепсия отличается от другие расстройств, связанных с дневной сонливостью, характерными REM-фазами.
 - и. Появление REM-фазы уже через 10-15 мин после начала сна.
 - iii. Использование специального теста, представляющего собой запись 20-минутных периодов сна через 2-часовые интервалы, позволяет выявить особенности чрезмерной сонливости. Наличие более чем одной REM-фазы в начале сна считается диагностическим признаком нарколепсии. (Наблюдается у 70% больных нарколепсией и менее чем у 10% больных другой гиперсомнией.)
 - в. Повышенная вероятность других клинических проявлений при нарколепсии
 - i. Периодические движения ног.
 - и. Приступы апноэ, преимущественно центрального происхождения, во время сна
 - iii. Укороченная латентность сна.
 - iv. Нарушения памяти.
 - v. Симптомы нарушения зрения — неясность зрения, диплопия, эффект дрожания при зрительном восприятии.
 - vi. Депрессия.
 - г. Начало и течение заболевания
 - i. Постепенное начало в возрасте после 15 лет. Расстройство носит хронический характер с кратковременными ремиссиями.
 - ii. Обычно заболевание полностью проявляется в конце подросткового возраста, в возрасте 20 лет или несколько позже.
 - iii. Возможен длительный период между ранним проявлением болезни (сонливость) и последующим появлением катаплексии.
 - д. HLA-DR2 и нарколепсия
 - i. Имеется тесная взаимосвязь между нарколепсией и антигеном HLA-DR2 — разновидностью общих антигенов лейкоцитов.
 - ii. Некоторые специалисты полагают, что наличие в организме HLA-DR2 необходимо для постановки диагноза идиопатической нарколепсии.
 - е. Лечение
 - i. Регулярный сон.
 - ii. Кратковременный сон днём.
 - iii. Меры безопасности — осторожность при управлении машиной, исключение из обстановки мебели с острыми углами.
 - iv. Стимуляция дневного сна. Для этого может быть эффективным применение больших доз пропранолола (индерала).
- 236 Глава /5 // А
- в. Трициклические антидепрессанты и ингибиторы моноаминоксидазы для лечения симптомов, связанных с REM-фазой, в особенности катаплексии (табл. 15-3).
 - 4. Расстройство сна, связанное с дыханием. Характеризуется нарушением дыхания, прерывающим сон. Существует три вида апноэ во сне: обструктивное, центральное и смешанное. а. Обструктивное апноэ во сне
 - i. Основные симптомы — громкий храп, прерывающийся приступами апноэ.
 - и. Повышенная сонливость днём с длительными, не освежающими приступами сна.
 - Hi. Пациенты не осознают наступление приступа.
 - iv. Другие симптомы включают сильные головные боли и неясность сознания по утрам, депрессию и тревожность.
 - v. Данные исследований показывают наличие гипертонии, аритмий, правожелудочковой недостаточности и периферического отёка, которые без лечения могут прогрессировать.

vi. Лабораторное исследование сна указывает на прекращение поступления воздуха через нос или рот, несмотря на продолжительные дыхательные движения мышц живота или груди.

vii. В тяжёлых случаях у пациента может произойти более 500 приступов апноэ за ночь.

Таблица 15-3. Наиболее распространённые препараты, применяемые при нарколепсии

Препарат	Максимальная доза, мг/сут *
Для лечения расстройства в виде сомнолентности	
Стимулирующие средства	
Фенамин	^ 40 мг
Метилфенидат	i 60 мг
Пемолин	f 150 мг
Вспомогательные средства (для приёма вместе со стимулирующими)	
Протриптилин	≤ 10 мг
Для лечения катаплексии, утреннего паралича и гипнагогических галлюцинаций	
Трициклические антидепрессанты (с холинолитическим действием)	
Протриптилин	≤ 20 мг
Имипрамин	≤ 200 мг
Кломипрамин	≤ 200 мг
Дезипрамин	< 200 мг
Антидепрессанты (с незначительным холинолитическим действием)	
Бупропион	≤ 300 мг

* Все лекарственные препараты принимаются перорально.

Препарат	Максимальная доза, мг/сут *
Для лечения расстройства в виде сомнолентности	
Стимулирующие средства	
Фенамин	≤ 40 мг
Метилфенидат	й 60 мг
Пемолин	й 150 мг
Вспомогательные средства (для приёма вместе со стимулирующими)	
Протриптилин	≤ 10 мг
Для лечения катаплексии, утреннего паралича и гипнагогических галлюцинаций	
Трициклические антидепрессанты (с холинолитическим действием)	
Протриптилин	≤ 20 мг
Имипрамин	≤ 200 мг
Кломипрамин	f 200 мг
Дезипрамин	≤ 200 мг
Антидепрессанты (с незначительным холинолитическим действием)	
Бупропион	^ 300 мг

* Все лекарственные препараты принимаются перорально.

Расстройства сна 237

viii. Каждый из приступов длится 10-20 с.

ix. Лечение включает создание постоянного положительного давления в дыхательных путях, увулофарингопалатопластику, похудание или использование протрип-тилина. При наличии особого дефекта верхних дыхательных путей показано также хирургическое вмешательство.

б. Центральное апноэ во сне i. Встречается редко.

и. Прекращение притока воздуха вторично, обусловлено недостаточностью дыхательного напряжения.

Нi. Лечение включает искусственную вентиляцию или создание положительного давления в дыхательных путях.

в. Центральная альвеолярная гиповентиляция — центральное апноэ, за которым следует фаза обструктивного апноэ.

i. Нарушение дыхания, которое возникает или принимает более тяжёлую форму

лишь во время сна и при котором отсутствуют значительные эпизоды апноэ. и. Дыхательная дисфункция характеризуется неадекватным объёмом прилива крови

или неадекватной частотой дыхания во сне.

Нi. Во время сна может наступить смерть (синдром проклятия Ундины). iv. Для лечения альвеолярной гиповентиляции используют одну из форм механической вентиляции, например назальную.

5. Расстройство циркадианного ритма сна и бодрствования. Включает состояния, характеризующиеся несоответствием между существующим у пациента и необходимым ритмом сна и бодрствования.

а. Транзиторные нарушения сна, связанные со сменой часовых поясов (при перелёте на реактивном самолёте) и изменением расписания сменной работы.

i. Самокупируются. Проходят по мере того, как организм приспосабливается к новому ритму сна и бодрствования.

Н. Адаптация к более позднему времени сна происходит труднее, чем к более раннему.

б. Выделяют следующие типы нарушений: 1) тип с замедлением фаз сна; 2) тип, связанный со сменой часовых поясов; 3) тип, связанный со сменной работой; 4) неопределённый тип, например ускорение фаз сна, не 24-часовой режим сна и бодрствования и нерегулярный или дезорганизованный ритм сна и бодрствования.

i. Сон нормальный, но с трудным пробуждением.

П. Пациент может предотвратить некоторые из этих нарушений, постепенно меняя время своего сна на более раннее, до того, как возникнет необходимость перейти на новый режим.

в. Наиболее эффективны при лечении расстройства ритма сна и бодрствования регулярные сеансы с использованием яркого света для установления правильной последовательности сна и бодрствования. Применение этого способа более эффективно при лечении транзиторных нарушений. Мелатонин — продуцируемый шишковидной железой гормон, вызывающий сон, — применяется перорально для изменения цикличности ритма сна и бодрствования, но действие этого препарата до конца не изучено.

238 Глава 15 ПА

6. Диссомния неуточнённая

а. Ночная миоклония

i. Стереотипные подёргивания ног примерно каждые 30 с. П. Судорожная активность отсутствует.

Нi. Расстройство более распространено среди пациентов старше 55 лет. iv.

Частые пробуждения. v. Неосвежающий сон. vi. Основной симптом — дневная сонливость. vii. Пациент не замечает проявлений болезни.

viii. При лечении может быть эффективным использование ряда препаратов, например клоназепама, опиатов и L-ДОФА.

б. Синдром беспокойных ног

- i. Неприятные ощущения в ногах во время отдыха.
 - п. Может возникать не только во сне, но и при засыпании.
 - ш. Облегчение наступает во время движения.
 - iv. Одновременно у пациента может наблюдаться ночная миоклония.
 - v. Использование бензодиазепинов, например клоназепама, является предпочтительным методом лечения данного расстройства. В тяжёлых случаях эффективным может быть применение L-ДОФА и опиатов.
 - в. Синдром Клейне-Левина
 - i. Периодически возникающая гиперсомнолентность (чрезмерно длительный сон).
 - ii. Обычно встречается у молодых людей, которые спят слишком много на протяжении нескольких недель.
 - ш. Больной просыпается только для того, чтобы поесть (отмечается неумеренность в еде).
 - iv. Сопровождается гиперсексуальностью и крайней враждебностью.
 - v. После приступов наступает амнезия.
 - vi. Через несколько лет заболевание может пройти без лечения.
 - vii. В промежутках между эпизодами пациент чувствует себя нормально.
 - viii. Лечение заключается в использовании стимулирующих средств (фенамина, ме-тилфенидата и пемолина) для устранения гиперсомнии и профилактики других симптомов. Также эффективно использование солей лития.
 - г. Синдром, связанный с менструациями. Незадолго до наступления или во время месячных некоторые женщины страдают перемежающейся гиперсомнией, у них меняется поведение и проявляется неумеренность в еде.
 - д. Недостаточность сна. Характеризуется жалобами на дневную сонливость, раздражительность, невозможность сконцентрироваться и снижение интеллектуальной работоспособности при недостаточности сна, необходимого для поддержания состояния бодрствования.
 - е. Сонное опьянение
 - i. Невозможность полноценно бодрствовать в течение достаточно длительного времени после пробуждения.
 - ii. Чаще всего сочетается с апноэ во сне или проявляется после длительного периода депривации сна.
 - Нi. Может возникать как самостоятельное расстройство.
- Расстройства сна 239
- iv. Специфическое лечение отсутствует. Некоторый эффект дают стимулирующие средства.
- Б. Парасомнии
1. Расстройство в виде кошмаров
 - а. Кошмарные сновидения почти всегда появляются в REM-фазе сна.
 - б. Могут возникать в любое время ночи.
 - в. Больной помнит все подробности сна.
 - г. Пробуждение в страхе от длительных и пугающих кошмаров.
 - д. Тревога, восклицания, движения тела и вегетативные проявления не столь выражены, как при расстройстве в виде ночного ужаса.
 - е. Специфическое лечение отсутствует; может быть эффективным использование бензодиазепинов.
 2. Расстройство в виде ночных ужасов
 - а. Особенно часто встречается у детей.
 - б. Внезапное пробуждение, сопровождаемое сильной тревогой.
 - в. Выраженные вегетативные проявления.
 - г. Движения.
 - д. Крики.
 - е. Пациент не помнит происшедшего.
 - ж. Возникает во время глубокого сна (не в REM-фазе).
 - з. Если расстройство возникает у ребёнка, лечения обычно не требуется.

и. Если в течение нескольких дней будить ребёнка незадолго до того, как обычно возникают кошмары, то симптомы исчезают на длительный период.

3. Снохождение

а. Известно также как сомнамбулизм.

б. Чаще всего встречается у детей; обычно проходит с возрастом.

в. В семье пациента часто наблюдаются случаи других парасомний.

г. Больной совершает достаточно сложные действия — встаёт с постели, бродит кругами при почти полном отсутствии сознания.

д. Эпизоды непродолжительны.

е. При пробуждении больной не может вспомнить, что с ним случилось.

ж. Возникает во время глубокого сна (не в REM-фазе).

з. Начинается в течение первой трети ночного сна.

и. В зрелом и подростковом возрасте сомнамбулизм может свидетельствовать о наличии неврологических нарушений; при постановке диагноза следует исключить заболевания центральной нервной системы.

к. У ребёнка приступ может быть спровоцирован во время IV стадии сна при внезапном перемещении его в вертикальное положение.

л. Сомнамбулизм представляет собой потенциально опасное состояние.

м. Для лечения можно использовать препараты, которые углубляют IV стадию сна.

н. Для предотвращения травм и несчастных случаев, которые могут случиться с пациентом во время приступа, рекомендуется предпринимать меры предосторожности, например поставить решётки на окна.

Сомнамбулизм (лунатизм) может быть проявлением сумеречного расстройства сознания; блуждание во сне с внешне упорядоченными действиями в последующем амнезируется.

240 Глава 15 ИБ

Может быть одним из первых симптомов эпилепсии как бессудорожный эквивалент припадков или проявлением сумеречного помрачения сознания при истерии.

4. Парасомния неуточнённая

а. Бруксизм во сне

Бруксизм (одонтеризм)— скрежетание зубами во сне.

i. Наиболее часто возникает во время I и II стадий сна, в период неполного пробуждения или в переходные периоды. и. ЭЭГ нормальная (судорожная активность отсутствует).

iii. Лечение заключается в использовании специальных пластинок, которые надеваются на зубы для того, чтобы предотвратить их повреждение.

б. Расстройство поведения, связанное с REM-фазой сна

i. Хроническое прогрессирующее расстройство, обычно встречающееся у пожилых мужчин.

И. Возбуждение в REM-фазе сна, сопровождающееся сложным и буйным поведением. iii. Потенциальная опасность серьёзных телесных повреждений.

iv. Во многих случаях выявляются неврологические причины. v. Может возникать при нарушении REM-фазы сна.

vi. Для лечения назначается клоназепам по 0,5-2,0 мг в день или карбамазепин 3 раза в день.

в. Сноговорение (сомнилоквия)

i. Иногда сопутствует тревожным сновидениям и сомнамбулизму. и. Лечение не требует.

Некоторые психиатры расценивают речевую активность во время сна как эквивалент эпилептического припадка или как предрасполагающий фактор заболевания эпилепсией. В большинстве случаев сноговорение связано с частичным сном.

г. Яктация (ритмические движения) головы (jactatio capitis nocturnus)

- i. Ритмические движения головы или туловища перед засыпанием или во время сна; могут сохраняться в периоде лёгкого сна.
- ii. Обычно встречается в детстве.
- iii. Как правило, наблюдается в период непосредственно перед засыпанием и в течение лёгкого сна.
- iv. Для большинства детей младшего возраста лечение не требуется. Рекомендуются использовать мягкую обивку внутри кроваток и защитные шапочки для предупреждения ушибов. Эффективны модификация поведения, применение бензодиазепинов и трициклических препаратов.
- д. Наследственный (семейный) паралич во время сна i. Изолированный симптом.
- ii. Не связан с нарколепсией.
- iii. Эпизод прерывается в результате прикосновения или шума (или любого внешнего раздражителя).

i

Расстройства сна 241

III. РАССТРОЙСТВА СНА, СВЯЗАННЫЕ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

А. Бессонница, связанная с психическим расстройством (большое депрессивное расстройство, состояние страха, шизофрения) и продолжающаяся не менее 1 мес.

Б. Гиперсомния в связи с психическим расстройством обнаруживается при таких состояниях, как ранние стадии малого депрессивного расстройства, реакция горя, расстройства личности, диссоциативные и соматоформные расстройства.

IV. ДРУГИЕ РАССТРОЙСТВА СНА

А. Расстройство сна, вызванное соматическим заболеванием

1. Инсомния, гиперсомния, парасомния или их сочетание могут быть вызваны соматическим заболеванием.

а. Эпилептические припадки, связанные со сном. Эпилептические припадки, которые почти всегда происходят во время сна.

б. Связанные со сном мигрень и хроническая пароксизмальная гемикрания

1. Связанная со сном мигрень носит мучительно тяжёлый характер, имеет одностороннюю локализацию и чёткое начало и окончание приступа.

ii. Хроническая пароксизмальная гемикрания — это односторонняя головная боль, часто возникающая, но непродолжительная.

iii. Оба расстройства не связаны с REM-фазой сна.

в. Синдром, связанный с нарушением глотания во время сна. Аспирация слюны, кашель и удушье в результате нарушения глотания во сне.

г. Связанные со сном симптомы сердечно-сосудистых заболеваний. Обусловлены расстройством сердечного ритма, сердечно-сосудистой недостаточностью и колебаниями артериального давления; могут усиливаться или обостряться в результате физиологических изменений деятельности сердечно-сосудистой системы на различных стадиях сна.

д. Связанный со сном гастроэзофагеальный рефлюкс. Больной пробуждается от сна со жгучей подгрудинной болью, ощущением стеснения или боли в груди либо с кислым привкусом во рту. Данное нарушение часто бывает связано с наличием диафрагмальной грыжи.

е. Гемолиз, связанный со сном (ночная пароксизмальная гемоглобинурия). Редко встречающееся приобретённое состояние хронической гемолитической анемии. Гемолиз и последующая гемоглобинурия усиливаются во время сна, окрашивая утреннюю мочу в коричневый цвет.

2. Лечение по возможности должно быть направлено на устранение соматического нарушения, являющегося причиной расстройства сна.

Б. Расстройство сна, вызванное психоактивным веществом. Инсомния, гиперсомния, парасомния или их сочетание, вызванные употреблением

лекарственного средства, интоксикацией или синдромом отмены при злоупотреблении лекарствами. 1. Сомнолентность может быть связана с толерантностью к стимуляторам ЦНС, с прекращением их использования или с продолжительным использованием препаратов, угнетающих ЦНС.

242 Глава 15 IV Б

2. Инсомния может быть связана с толерантностью к успокаивающим, снотворным средствам, стимуляторам ЦНС или с прекращением их использования, а также с длительным употреблением алкоголя.

3. Проблемы со сном могут возникать в результате побочного действия многих препаратов, например антимагнетиков, препаратов щитовидной железы, антиконвульсивных средств, антидепрессантов.

16

Нарушение контроля

над побуждениями

и расстройства адаптации

I. НАРУШЕНИЕ КОНТРОЛЯ НАД ПОБУЖДЕНИЯМИ

В авторском тексте использован термин «impulse-control disorders», т.е. «нарушение импульсивного контроля». Однако более адекватным содержанию этого вида патологии и определению в МКБ-10 можно считать использованное здесь название этой диагностической категории.

А. Определение. Неспособность противостоять импульсивно возникающим желаниям совершать опасные для себя или для окружающих действия. При удовлетворении этих желаний возникает ощущение удовольствия. В DSM-IV эти расстройства подразделяются на 6 категорий.

1. Перемежающееся взрывчатое расстройство. Эпизоды агрессии, в результате которых субъект причиняет вред окружающим.

2. Клептомания. Частое воровство в магазинах или другие виды краж.

3. Патологическое влечение к азартным играм. Часто повторяющиеся эпизоды азартной игры, которые влекут за собой социально-экономические потери, непоплаченные долги, криминальные действия.

4. Пиромания. Умышленное совершение поджогов.

5. Трихотилломания. Импульсивное выдёргивание у себя волос, приводящее к частичному облысению (очаговая алопеция).

6. Нарушение контроля над побуждениями неуточнённое. Другие виды этих расстройств.

Эти расстройства в отечественной психиатрии относят к категории импульсивных влечений и импульсивных действий и рассматривают как неодолимые влечения к достижению цели, неадекватной реальной ситуации, выполняемые без борьбы мотивов. Возникающее в этих случаях побуждение без промедления реализуется. К этой категории также относят: дромоманию (бродяжничество) — импульсивное влечение к перемене мест; мифоманию — непреодолимое влечение к обману (патологическая лживость); коп-роланию — импульсивное произнесение бранных слов, нецензурных ругательств; дипсоманию — непреодолимое влечение к интенсивному пьянству с тяжёлыми алкогольными эксцессами, но без признаков зависимости. В МКБ-10 описанные нарушения относят к расстройствам привычек и влечений (F63.0-F63.3) и характеризуют повторными действиями, которые не имеют ясно выраженной рациональной мотивации, не могут контролироваться и обычно наносят вред самому больному и окружающим, причём сами пациенты связывают своё поведение с влечением к действию.

Б. Диагноз и симптомы

243

244 Глава 16 I В

Таблица 16-1. Диагностические критерии перемежающегося взрывчатого расстройства по DSM-IV

А. Несколько эпизодов утраты контроля над своими агрессивными

побуждениями, во время которых субъект совершает акты жестокого насилия или разрушает имущество

Б. Степень агрессивности, которая проявляется во время этих эпизодов, непропорциональна обусловившим ее психологическим стрессорам

В. Эпизоды агрессии нельзя отнести на счёт другого психического расстройства {например, антисоциального и пограничного расстройства личности, психотического расстройства, маниакального эпизода, расстройства поведения, расстройства с дефицитом внимания и гиперактивностью), они не имеют прямой связи с воздействием психоактивного вещества (например, наркотика или лекарственного средства) и не обусловлены соматическим или неврологическим заболеванием (например, травмой головы, болезнью Альцгеймера)

Таблица 16-2. Диагностические критерии клептомании по DSM-IV

А. Периодическое неодолимое побуждение субъекта красть предметы, которые не нужны ему для личного пользования или материальная ценность которых для него не важна

Б. Повышенное чувство напряжения непосредственно перед совершением кражи

В. Чувство удовлетворения или облегчения при совершении кражи

Г. Кража не является актом гнева или мести и не обусловлена бредом или галлюцинациями

Д. Кража не связана с расстройством поведения, маниакальным эпизодом или антисоциальным расстройством личности

Таблица 16-3. Диагностические критерии пиромании по DSM-IV

А. Совершаемые неоднократно умышленные поджоги

Б. Напряжение или аффективное возбуждение перед совершением поджога

В. Интерес, любопытство, зачарованность огнём и ситуацией, с ним связанной (например, как горит имущество, какие будут потери и последствия)

Г. Радость, удовлетворение, облегчение в процессе поджога или при наблюдении его последствий либо стремление находиться рядом

Д. Поджог совершается не ради материальной выгоды, не как выражение социального протеста, для сокрытия преступной деятельности, улучшения условий жизни субъекта и не является следствием бреда или галлюцинаций, результатом нарушения интеллекта (например, при деменции, умственной отсталости), интоксикации психоактивным веществом

Е. Поджог не связан с расстройством поведения, маниакальным эпизодом или антисоциальным расстройством личности

В. Эпидемиология

1. Перемежающееся эксплозивное расстройство, патологическое влечение к азартным играм, пиромания более распространены среди мужчин, чем среди женщин.

2. Клептомания, трихотилломания у женщин встречаются чаще, чем у мужчин.

3. Патологическое влечение к азартным играм отмечается у 1-3% взрослого населения Соединённых Штатов.

т

І

Нарушение контроля над побуждениями и расстройства адаптации 245

Таблица 16-4. Диагностические критерии патологического влечения к азартным играм по DSM-IV

А. Устойчивое дезадаптивное поведение, связанное с участием в азартных играх, определяемое 5 или более из следующих симптомов:

1. Всепоглощающее увлечение азартными играми (например, неуёмное стремление отыгаться за проигрыш, добиться реванша, вступить в новую игру или обдумывание способов добывания денег для участия в ней)

2. Потребность увеличивать размер ставки, чтобы достичь желаемого возбуждения

3. Повторные безуспешные попытки контролировать, ограничить своё участие в игре или отказаться от неё.
 4. Беспокойство или раздражительность при попытке ограничить своё участие в игре или оставить её.
 5. Игра как способ отвлечения от проблем или облегчения дисфории и других расстройств настроения (например, при ощущении собственной беспомощности, вины, при тревоге или депрессии).
 6. Часто после проигрыша повторное участие в игре на следующий день с той же целью («погоня за проигрышем»)
 7. Обман членов семьи, врача и др. для сокрытия степени увлечения азартными играми
 8. Преступные действия (подлог, кража, мошенничество) с целью получения денег на игру
 9. Риск потери или действительная потеря значимых социальных взаимоотношений, работы либо возможности получить образование или профессию, социального роста вследствие увлечения азартной игрой.
 10. Надежда на денежную помощь со стороны, чтобы поправить критическое финансовое положение, к которому привело участие в играх
- Б. Увлечение азартными играми не связано с маниакальным эпизодом
- Таблица 16-5. Диагностические критерии трихотилломании по DSM-IV
- А. Повторяющиеся эпизоды выдёргивания у себя волос и как результат этого значительная их потеря (частичное облысение)
- Б. Усиление внутреннего напряжения непосредственно перед выдёргиванием волос или при попытке сопротивляться побуждению сделать это
- В. Чувство удовлетворения или облегчения при выдёргивании волос
- Г. Нарушение нельзя отнести на счёт другого психического расстройства, и оно не обусловлено соматическим заболеванием (например, болезнью кожи)
- Д. Расстройство вызывает значительный, с клинической точки зрения, дистресс или нарушение в социальной, трудовой или других сферах жизнедеятельности
- Г. Этиология. В большинстве случаев неизвестна. При некоторых расстройствах могут наблюдаться отклонения на ЭЭГ, сглаживание межполушарной асимметрии или лёгкие неврологические симптомы, например, при перемежающемся эксплозивном расстройстве. Алкоголь понижает способность пациента контролировать возникающие побуждения (растормаживание).
- Д. Психодинамика. Импульсивные действия связаны с необходимостью выражения сексуальных или агрессивных побуждений. Участие в азартных играх часто указывает на наличие у пациента скрытой депрессии, которая проявляется в неосознанной потребности проиграть и быть наказанным.

Е. Дифференциальный диагноз

1. Височная эпилепсия. На ЭЭГ характерные очаговые изменения в височной доле; характеризуется вспышками агрессии, а также клептоманией и пироманией.

246 Глава 16 IE

Таблица 16-6. Дифференциальный диагноз, течение и прогноз нарушения контроля над побуждениями

Нарушение	Дифференциальный диагноз	Течение и прогноз
контроля над побуждениями		
Перемежающееся эксплозивн	Делирий, деменция Изменение личности	Может перейти в более тяжёлую форму

ое рас-	элементами агрессивности,	
стройство	обус- ловленное соматическим заболеванием Интоксикация психоактивным веществом или синд- ром его отмены Нарушение в виде вызывающего протеста, расстрой- ство поведения, антисоциальное расстройство, маниа- кальный эпизод, шизофрения Действия с определённой целью; симуляция Височная эпилепсия Обычное воровство	Частые аресты за воровство в магазинах
Клептомани я	Симуляция Антисоциальное расстройство личности, расстройство поведения Маниакальный эпизод Бредовые, галлюцинаторные состояния (например, при шизофрении) Деменция Височная эпилепсия	
Пиромания	Поджог ради выгоды, с целью диверсии, мести, выра- жения политических взглядов Эксперименты детей с огнём Расстройство поведения Маниакальный эпизод Антисоциальное расстройство личности Бред, галлюцинации (например, при шизофрении) Деменция Умственная отсталость Интоксикация психоактивным веществом Височная эпилепсия	Во многих случаях совершение со временем значительно бо- лее серьёзных поджогов
Патологиче ское вле-	Социальная или профессиональная игра	Может прогрессировать, сопро- вождаясь
чение к азартным	Маниакальный эпизод	увеличением финан-
играм	Антисоциальное расстройство личности	совых потерь, подлогом финан- совых

Трихотилломания	Очаговая алопеция, облысение по мужскому типу, дискоидная красная волчанка, плоский фолликулярный лишай либо другая причина алопеции Обсессивно-компульсивное расстройство Расстройство стереотипных действий Бред, галлюцинации Симуляция	документов, полной деградацией личности Ремиссии и обострения
-----------------	--	--

Нарушение контроля над побуждениями и расстройства адаптации 247

2. Травма головы. Обследование головного мозга выявляет наличие резидуальных признаков травмы.

3. Биполярное расстройство I типа. Увлечение азартными играми может быть признаком маниакального эпизода.

4. Расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ. Выявляется в связи с воздействием наркотика или алкоголя.

5. Соматическое или неврологическое заболевание. На основании клинических обследований необходимо исключить наличие органического расстройства, опухоли головного мозга, дегенеративного заболевания и эндокринного расстройства.

6. Шизофрения. Импульсивные действия рассматриваются как следствие бредовых или галлюцинаторных состояний.

Ж. Течение и прогноз. Как правило, все нарушения контроля над побуждениями

характеризуются частыми повторными эпизодами. 3. Лечение

1. Перемежающееся эксплозивное расстройство. Сочетание фармакотерапии и психотерапии. Для лечения можно использовать различные препараты, включая производные фенотиазина, имипрамин, литий до достижения эффекта. Если у больного имеются отклонения на ЭЭГ, можно применить карбамазепин. Транквилизаторы группы бензодиазепинов могут усугубить состояние пациента из-за растормаживающего действия. В отдельных случаях эффективен пропранолол. Другие методы лечения включают поддерживающую психотерапию, создание жёстких ограничительных условий, семейную терапию (для детей и подростков). Групповую терапию следует применять с осторожностью, так как существует опасность нападения пациента на других членов группы.

2. Клептомания. Психотерапия, ориентированная на формирование адекватной самооценки, понимание пациентом мотивировки своих действий (например, чувство вины, потребность в наказании) и контролирование импульсивных желаний. Поведенческая терапия для обучения пациента новым моделям поведения. Лечение скрытой депрессии проводится антидепрессантами. В некоторых случаях эффективно использование ингибиторов обратного захвата серотонина, например флуоксетина.

3. Патологическое влечение к азартным играм. Психотерапия, ориентированная на формирование адекватной самооценки, с привлечением групп взаимопомощи (группа анонимных игроков, объединяющая людей с аналогичными проблемами). Цель терапии — полный отказ пациента от участия в азартных играх. Необходимо также лечение сопутствующих расстройств — депрессии, мании, злоупотребления психоактивными

веществами или сексуальной дисфункции.

4 Пиромания. Терапия, ориентированная на формирование адекватной самооценки, поведенческая терапия. Вследствие внезапно возникающих, направленных на поджоги действий пациента необходимо постоянное пристальное наблюдение за ним. Может потребоваться госпитализация.

5. Трихотилломания. Эффективны поддерживающая психотерапия и психотерапия, ориентированная на формирование адекватной самооценки. Возможно использование лекарственных средств: бензодиазепинов для лечения пациентов, испытывающих значительную тревогу; антидепрессантов, в особенности серотонинергических (например, ингибиторы обратного захвата серотинина, кломипрамина), для лечения пациентов, у которых расстройство сопровождается или не сопровождается подавленным настроением. В некоторых случаях возможно использование гипноза или биологической обратной связи (биоподкрепление).

1

248 Глава 16 ПА

Биологическая обратная связь (biofeedback) — методика тренировки, позволяющая сознательно управлять вегетативными функциями организма; основана на осознании того, что комплекс специфических мыслей или действий вызывает желаемую реакцию.

II. РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ

А. Определение. Патологическая поведенческая реакция на психосоциальный стрессор, вызывающая нарушения в социальной и трудовой жизнедеятельности. Стрессоры — в диапазоне нормальных человеческих переживаний, например рождение ребёнка, начало учёбы, женитьба, потеря работы, развод, болезнь.

По МКБ-10 расстройства адаптации (F43.2) характеризуются состоянием субъективного дистресса и эмоциональными нарушениями, возникающими в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому событию и создающими трудности для жизнедеятельности. Стрессовое событие может нарушить целостность социальных связей индивида или систему социальной поддержки и ценностей (миграция, статус беженца) либо внести изменения в жизнь (поступление в учебное заведение, начало или окончание профессиональной деятельности, неудача в достижении желаемой цели и пр.). Индивидуальная предрасположенность, уязвимость имеют значение, однако расстройство адаптации возникает именно в ответ на травмирующий фактор.

Б. Диагноз и симптомы

Таблица 16-7 Диагностические критерии расстройств адаптации по DSM-IV

А. Развитие эмоциональных или поведенческих симптомов в ответ на определённый стрессор в течение 3 мес после начала его воздействия

Б. Симптомы представляют клиническую значимость, о чём свидетельствует любой из следующих аспектов:

1. Выраженный дистресс, выходящий за рамки ожидаемой реакции на стрессор

2. Значительное нарушение в социальной, профессиональной деятельности или учёбе

В. Расстройство не отвечает критериям другого специфического расстройства на оси I и не является обострением уже существующего расстройства на оси I или II

Г. Симптомы не обусловлены тяжёлой утратой

Д. После окончания действия стрессора (или его последствий) симптомы сохраняются на период не более 6 мес

Уточните характер расстройства:

Острое. Продолжительность менее 6 мес

Хроническое. Продолжительность 6 мес и более

Кодировать расстройство следует с уточнением его подтипа, который определяется по доминирующим симптомам. Специфические стрессоры можно уточнить на оси IV С депрессивным настроением С тревогой

С тревогой и депрессивным настроением С нарушением поведения С нарушением эмоций и поведения Неуточнённое

Нарушение контроля над побуждениями и расстройства адаптации 249

В. Эпидемиология. Расстройства адаптации наиболее характерны для подросткового возраста, что, однако, не исключает возможности их возникновения в любом возрасте. Г. Этиология

1. Генетические факторы. Пациенты с крайне высокой личностной тревожностью более склонны к преувеличению значимости стрессовых событий и поэтому более подвержены расстройствам адаптации.

2. Биологические факторы. Более уязвимы пациенты с серьёзными соматическими или неврологическими заболеваниями и инвалиды.

3. Психосоциальные факторы. Более склонны к расстройствам адаптации лица, потерявшие родителей в раннем детстве или испытывавшие недостаток материнской заботы. Устойчивость субъекта к фрустрации во взрослой жизни коррелирует с удовлетворением основных его потребностей в раннем детстве.

Д. Дифференциальный диагноз

1. Посттравматическое стрессовое расстройство и острая реакция на стресс. Диагноз определяет необычность стресса, который выходит за рамки нормальных человеческих переживаний, например война, массовая катастрофа, стихийное бедствие, изнасилование, взятие в заложники.

2. Кратковременное психотическое расстройство. Характеризуется галлюцинациями и бредом.

3. Неосложнённая тяжёлая утрата. Возникает перед ожидаемой смертью близкого человека, непосредственно или вскоре после неё; профессиональная или социальная деятельность ухудшается в пределах ожидаемого периода, затем спонтанно нормализуется.

Е. Течение и прогноз. Большинство симптомов ослабевает со временем без лечения, особенно после окончания действия стрессора; при варианте с возможным хроническим течением существует риск вторичной депрессии, тревоги и злоупотребления психоактивными веществами.

Ж. Лечение

1. Методы психологического лечения

а. Психотерапия. Предпочтительна для лечения расстройств адаптации. Исследование значения стрессора для пациента, обеспечение поддержки, побуждение к поиску альтернативных путей решения проблемы, проявление сочувствия. Если превалирует тревога, использование методик биологической обратной связи, релаксации и гипноза.

б. Вмешательство во время кризиса. Направлено на содействие пациенту в быстром решении проблемы посредством использования методов поддержки, суггестии, переубеждения, модификации окружающей среды. В случае необходимости возможна госпитализация.

2. Медикаментозное лечение. Для лечения можно применять анксиолитические средства или антидепрессанты в зависимости от типа расстройства (например, расстройство адаптации с тревогой, с подавленным настроением), но при этом необходимо соблюдать осторожность, чтобы не допустить возникновения зависимости от препарата (особенно при использовании бензодиазепинов).

17

Психосоматические

расстройства

и расстройства, связанные

с действием психогенных

факторов

I. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

А. Определение. Термин «психосоматическое расстройство» означает соматическое заболевание, которое вызвано психологическими факторами или проявления которого обострились в результате их воздействия. Стрессы, конфликты и генерализованная тревога в равной степени влияют на большинство соматических расстройств, но в ряде случаев они имеют первостепенное значение. В DSM-IV психосоматические расстройства отнесены к категории психологических факторов, влияющих на соматическое состояние.

Б. Этиология

1. Теория специфичности. Согласно этой теории, определённые психосоматические заболевания возникают как результат воздействия специфических стрессов либо как следствие психологической предрасположенности пациента. Основой теории специфичности послужили работы Ф. Данбара (F. Dunbar) и Ф. Александера (F. Alexander). Ф. Данбар описал черты личности, которые специфичны для психосоматических расстройств. Например, личность типа А (жестокая, агрессивная, раздражительная) подвержена коронарным заболеваниям.

Ф. Александер описал бессознательные, вызывающие тревогу конфликты, сопровождаемые вегетативными дисфункциями. Они служат причиной достаточно специфических расстройств. Например, подавление отрицательных эмоций, связанных с зависимым положением, способно вызвать пептическую язву.

2. Неспецифическая теория. Согласно этой теории, любой длительный стресс может вызвать физиологические изменения, приводящие к соматическому расстройству. У каждого человека есть свой «шоковый орган», который генетически восприимчив к стрессу. У одних это сердце, у других ЖКТ, у третьих кожа. Лица с депрессивными или тревожными расстройствами более восприимчивы к соматическому или психосоматическому заболеванию.

3. Патофизиологические особенности. Г. Селье описал общий адаптационный синдром, который является суммой неспецифических системных реакций организма и возникает вследствие длительного стресса. Система гипоталамус—гипофиз—надпочечники реагирует на стресс чрезмерной секрецией кортизола, что вызывает структурные изменения в различных системах организма. Согласно работам G. Engel, в состоянии стресса все регулирующие нервную деятельность механизмы подвергаются функциональным изменениям, которые нарушают гомеостатическое равновесие. В результате организм становится восприимчивым к инфекционным заболеваниям и другим патологическим процессам.

251

252 Глава 17 IV

К нейрофизиологическим проводящим путям, при прохождении которых формируются стрессовые реакции, относятся кора головного мозга, лимбическая система, гипоталамус, мозговое вещество надпочечников, а также симпатическая и парасимпатическая нервная система. Нейротрансмиттеры включают такие гормоны, как кортизол, тироксин и адреналин.

В отечественной литературе одной из ведущих теорий, объясняющих возникновение психосоматических расстройств, является теория кортико-висцеральных взаимодействий, основанная на идеях нервизма и теории условных рефлексов. Суть этой теории заключается в том, что нарушения кортикальных функций рассматриваются как причина развития висцеральной патологии. При этом учитывается, что все внутренние органы имеют свое представительство в коре головного мозга. По мнению некоторых авторов, влияние коры больших полушарий на внутренние органы опосредуется

лимбико-ретикулярной, вегетативной и эндокринной системами. Указанная теория явилась основой для разработки особых методов терапии (лечение сном, лечебно-охранительный режим), особенно широко использовавшейся в 50-е годы.

В. Диагноз. Для диагностики психосоматического расстройства необходимо выявить соматическое расстройство и вызвавшие его психологические факторы {например, психологически значимый внешний раздражитель, имеющий временную связь с возникновением или обострением соматического заболевания или расстройства). Соматическое состояние пациента должно быть отмечено выраженным органическим нарушением (например, ревматоидным артритом) либо поддающимся идентификации патофизиологическим процессом {например, мигренью). В табл. 17-1 приведены отвечающие этим критериям соматические расстройства.

Таблица 17-1. Соматические расстройства, связанные с влиянием психологических факторов

Расстройство	Комментарии, теоретические аспекты
Стенокардия, аритмии, коронарный спазм	Агрессивная, раздражительная, легко поддающаяся фрустрации и подверженная заболеваниям коронарных артерий личность типа А. Аритмии типичны для тревожных состояний. Возможна скоропостижная смерть от желудочковой экстрасистолы пациентов, переживших тяжёлый стресс или несчастье. Изменение образа жизни: отказ от курения, контроль за потреблением алкоголя и пищи, содержащей холестерин, похудание с целью снижения факторов риска. Применение пропранолола при тахикардии в структуре социальной фобии предотвращает аритмию и замедляет кровоток в коронарных сосудах
Астма	Приступы могут быть обусловлены стрессом, инфекцией дыхательных путей, аллергией. Следует изучить взаимоотношения в семье пациента, особенно ребёнка. При чрезмерной опеке необходимо побудить пациента к самостоятельной деятельности в соответствующих ситуациях. Для лечения тревоги у больных астмой пропранолол и р-блокаторы противопоказаны. Психологические теории: сильная тревога, связанная с зависимостью и разлукой; астматическое свистящее дыхание рассматривается как сдавленная мольба о любви и защите

Психосоматические расстройства... 253

Таблица 17-1. Продолжение

Расстройство	Комментарии, теоретические аспекты
Болезни соединительной ткани: системная красная волчанка, ревматоидный артрит	Заболевание может быть обусловлено значительным жизненным стрессом, особенно смертью любимого человека. Хронический стресс, гневливость или депрессия ухудшают состояние больного. Для снижения риска деформации суставов необходимо, чтобы пациент был максимально подвижен. Депрессию лечат антидепрессантами или психостимуляторами, при мышечных спазмах и напряжении используют бензодиазепины

Головные боли	Головная боль возникает вследствие сокращения подъязычных мышц, результатом которого является сдавление кровеносных сосудов и замедление кровотока. Её возникновение связано с тревогой, ситуационным стрессом. Эффективны релакси-рующая терапия, анксиолитики. Мигрень имеет одностороннюю локализацию и может возникать после стресса, физической нагрузки, потребления продуктов питания с высоким содержанием тирамина. Назначают эрготамин. Профилактическое использование пропранолола может вызвать депрессию. Для купирования не гемип-легических, не базилярных приступов мигрени возможно применение суматриптана.
Гипертензия	В состоянии острого стресса интенсивно высвобождаются катехоламины (адреналин) и повышается систолическое артериальное давление. Хронический стресс связывают с возникновением эссенциальной гипертензии. Следует обратить внимание на образ жизни пациента. Лечение включает физические упражнения, релак-сирующую терапию, биоподкрепление. Бензодиазепины эффективны при острых стрессах, при повышении артериального давления, играющего роль так называемого «шокового органа». Психологические теории: подавляемый гнев, чувство вины за враждебные импульсы, потребность в одобрении со стороны авторитетных лиц
Синдром гипервентиляции	Сопровождает паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, тахикардию, сосудистый спазм. Может привести к фатальным последствиям у пациентов с коронарной недостаточностью. Эффективно лечение анксиолитиками; состояние некоторых пациентов улучшают ингибиторы моноаминоксидазы, три-циклические антидепрессанты или серотонинергические средства
Воспалительные заболевания кишечника: болезнь Крона, синдром раздраженной толстой кишки, неспецифический язвенный колит	Подавленное настроение в результате болезни; стресс обостряет симптомы. Возникает после тяжёлого жизненного стресса. В дополнение к лекарственной терапии, направленной на лечение воспалительного заболевания, состояние пациента улучшают поддержка со стороны врача и поддерживающая психотерапия. Психологические теории: пассивная личность, запугивание в детстве, obsessивные черты характера, страх наказания, маскированная враждебность
Болезни эндокринной	Тиреотоксикоз как следствие внезапного тяжёлого стресса. Глюкозурия наблюдается в

системы и нарушения обмена веществ Нейродермит	и состоянии хронического страха или тревоги. При депрессии происходит изменение гормонального метаболизма, особенно адренокортикотропного гормона (АКТГ) Экзема возникает у пациентов, находящихся под воздействием множественных психосоциальных стрессоров, особенно таких, как смерть любимого человека, конфликты в сексуальных отношениях, сдерживаемый гнев. Возможно симптоматическое лечение некоторых пациентов с использованием гипноза
---	--

254 Глава 17 ИГ

Таблица 17-1. Окончание

Расстройство	Комментарии, теоретические аспекты
Ожирение	Гиперфагия ослабляет тревогу. Синдром ночной еды связан с инсомнией. Неспособность испытывать аппетит, голод и насыщение. Психологические теории: конфликты, относящиеся к оральному периоду психосексуального развития, и патологическая зависимость. Эффективны методы поведенческой терапии, участие в группах поддержки, консультации относительно правильного питания и поддерживающая психотерапия. Лечение скрытой депрессии
Остеоартрит	Изменение образа жизни, направленное на похудание, упражнения для укрепления мускулатуры, поддержание физической активности, купирование боли. Для лечения связанной с заболеванием тревоги или депрессии используют поддерживающую психотерапию
Пептическая язва	Идиопатический тип, не связанный с инфекцией или физическим раздражением. Повышение кислотности содержимого желудка и уровня пепсина обусловлено раздражением слизистой оболочки; обострение наступает в состоянии тревоги, стресса, при употреблении кофе и алкоголя. Необходимо изменение образа жизни. Ре-лаксирующая терапия. Психологические теории: глубокая неудовлетворённая потребность в поддержке со стороны окружающих, неспособность выражать гнев, недостаточная самостоятельность
Болезнь Рейт	Спазм периферических сосудов, обусловленный курением, стрессовым состоянием. Изменение образа жизни: отказ от курения, умеренные физические нагрузки. Биоподкрепление позволяет добиться повышения температуры конечности вследствие расширения кровеносных сосудов
Синкопе (обморок), гипотензия	Вазовагальный рефлекс в состоянии острой тревоги или страха вызывает гипотензию и обморок. Эти нарушения более свойственны пациентам с повышенной реактивностью вегетативной нервной системы. Анемия, антидепрессанты (гипотензия как побочный

Крапивница, ангионевротический отёк	эффект) обостряют проявления расстройства Идиопатический тип, не связанный со специфическими аллергенами или физическим возбудителем. Расстройства могут быть обусловлены стрессом, хронической тревогой, депрессией. Зуд усиливается в состоянии тревоги; расчесывание кожи связано с подавляемой враждебностью. Некоторые фенотиазины являются проти-воздушными средствами. Психологические теории: конфликт между стремлением к зависимости и независимости, бессознательное чувство вины, зуд как символическая форма мастурбации
-------------------------------------	--

Г. Соматические, хирургические и неврологические заболевания, при которых имеются психические нарушения. Психические расстройства могут наблюдаться при многих как соматических, так и неврологических заболеваниях. Их следует дифференцировать с первичными психическими нарушениями. Краткое описание ряда соматических и неврологических заболеваний, при которых наблюдаются психические расстройства, приведено в табл. 17-2.

Таблица 17-2. Соматические и неврологические заболевания, при которых имеются психические расстройства

Заболевание	Типичные соматические симптомы	Объективные и субъективные психопатологические симптомы	Прочие симптомы	Лабораторные данные	Трудности диагностики
СПИД	Лихорадка, потеря массы тела, атаксия	Прогрессирующая деменция, изменение личности, депрессия, утрата сексуального влечения	Нарушение памяти, понижение способности к концентрации внимания, судороги	Тестирование на ВИЧ; КГ, ЯМР, спинномозговая пункция, анализ спинномозговой жидкости и исследование гемокультуры	Более 60% случаев отмечают нервно-психические нарушения, следует проверять обусловленность СПИДом пациентов группы риска
Гипертиреоз (тиреотоксикоз)	Непереносимость жары, потливость, диарея, похудание, тахикардия, рвота	Нервозность, возбудимость, раздражительность, напористая речь, инсомния, возможен страх надвигающейся смерти, психоз	Мелкоразмашистый тремор, ослабление познавательных способностей, снижение концентрации внимания, гиперактивность, навязчивость	Повышение уровня и замедленная абсорбция тироксина; понижение уровня тиреотропного гормона ЭКГ: тахикардия, предсердная фибрилляция, изменение зубцов Р и Т	Полного спектра симптомов не гипертиреоза состояний тревоги сочетаний. Необходимы исключения злокачественных новообразований, б

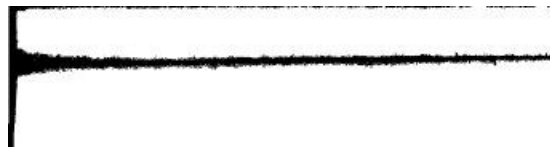
Гипотиреоз (микседема)	Непереносимость холода, сухость кожи, запор, прибавка массы тела, ломкость волос, зоб	Сонливость, аффективная заторможенность, изменение личности, маниакально-психозы, паранойя, галлюцинации	Мышечная слабость, снижение способности к концентрации внимания, замедление психомоторной активности, апатия, повышенная чувствительность к барбитуратам	Повышение уровня тиреотропного гормона, низкий уровень тиреотропного гормона при болезни гипофиза; брадикардия с соответствующими изменениями на ЭКГ	сердца сосудов, токсикация фенामीном, кокаином, тревожные состояния, манию. Чаще встречается у женщин, имеет с терапией карбоната лития. Необходимо исключить заболевания гипофиза, гипоталамуса, большое депрессивное расстройство биполярного типа
---------------------------	---	--	--	--	--

Таблица 17-2. Продолжение

Заболевания	Типичные соматические симптомы	Объективные и субъективные психопатологические симптомы	Прочие симптомы	Лабораторные данные	Трудности при диагностике
Гиперпаратиреоз	Запор, полидипсия, тошнота	Депрессия, паранойя, спутанность сознания		Повышение уровня Са, колебание уровня паратиреоидного гормона; укороченный интервал TQ на ЭКГ	
Гипопаратиреоз	Головная боль, парестезии, тетания, спазм мышц стоп и кистей рук, ларингоспазм, боли в животе	Тревога, жатация, депрессия, спутанность сознания	Нарушение памяти	Понижение уровня Са, уровень альбумина в норме; понижение артериального давления; увеличение	Вызывает гиперкальциемию. Необходимо исключить другие депрессивные расстройства, шизоаффективные

Синдром Кушинга	Ожирение вследствие нарушения центральной регуляции; тёмные атрофические полосы на коже, появление синяков из-за незначительных ушибов, остеопороз, проксимальная мышечная слабость, гирсутизм	Депрессия, инсомния, эмоциональная лабильность, склонность к самоубийству, эйфория, мания, психоз, делирий	Нарушение сна, астения, возбуждения, трудности концентрации внимания	интервала ТQ, желудочковая экстрасистолия на ЭКГ Повышение артериального давления; низкая толерантность к глюкозе, тест на подавление дексаметазона может дать ложноположительный результат	расстройств тревожного расстройства настроения Следует дифференцировать другими заболеваниями, например, раком, обусловленным избытком эндогенных стероидов; лечения по пациентам, вершают самоубийств. Необходимо исключить большое депрессивное расстройство биполярное расстройство I типа
-----------------	--	--	--	--	---

Si
1



Недостаточность коры надпочечников (болезнь Аддисона)	Тошнота, рвота, анорексия, ступор, кома	Сонливость, депрессия, психоз, делирии	Повышенная утомляемость	Понижение артериального давления; понижение уровня Na, повышение уровня K, эозинофилия	Может быть первичным (болезнь Аддисона) или вторичным. Необходимо исключить расстройство, связанное с едой и настроением.
Острая	Боли	Острая	Беспокойство,	Лейкоцитоз,	Аутосомно

интермиттирующая порфирия	животе, лихорадка, тошнота, рвота, запор, периферическая невропатия, паралич	депрессия, ажитация, паранойя, зрительные галлюцинации	потливость, слабость	повышение уровня 8-аминолевулиновой кислоты и порфибилиногена, тахикардия	доминантный тип наследования, чаще встречается у женщин в возрасте 40 лет, возможна применение различных препаратов. Необходимо исключить острое заболевание органов брюшной полости, острый психотический эпизод, шизофрению. Хроническое большое депрессивное расстройство. Гепатолулярная дегенерация аутосомно-рецессивное нарушение метаболизма меди; часто возникает в детском и юношеском возрасте. Необходимо исключить экстрапиримидные, шизофренические расстройства, расстройство настроения
Болезнь Вильсона	Кольцо Кайзера-Флейшера, симптомы идентичны симптомам гепатита	Расстройства настроения, бредовые состояния, галлюцинации	Хореоатетические движения, нарушение походки, неуклюжесть, ригидность мышц	Понижение уровня сывороточного церулоплазмина, повышение уровня меди в моче	рецидивное нарушение метаболизма меди; часто возникает в детском и юношеском возрасте. Необходимо исключить экстрапиримидные, шизофренические расстройства, расстройство настроения

Таблица 17-2. Продолжение

Заболевание	Типичные соматические симптомы	Объективные ■ субъективные психопато- логические симптомы	Прочие симптомы	Лабораторные данные	Трудности при диагностике
Гипогликемия	Потливость, сонливость, тахикардия, ступор, кома	Тревога, спутанность со- знания, ажитация	Тремор, беспокойство, судороги	Гипогликемия , тахикар- дия	Осложнения при избытке точном содержании ин- сулина наступаю- щие после физическо- на- грузки, потребле- ния ал- коголя и неполноцен- ном питании Необходимо исключить инсулинозави- симость, послепрививоч- ные состояния ажитации и постоперацион- ную депрессию параноидный ПСИХОЗ Локализация опухоли может не связываться с ранними симптомами
Внутричерепные опухоли	На раннем этапе отсут- ствуют, головная боль, рвота, позднее отек дис- ка зрительного нерва	Различные, депрессия, тревога, изменения лич- ности	Снижение памяти, утра- та способности к умозак- лючениям и самокрити- ке, помрачение сознания		
Рак поджелудоч- ной же- лезы	Похудание, боли в брюш- ной полости	Депрессия, сонливость, ангедония	Апатия, астения	Повышение уровня ами- лазы	Рак поджелу- дочной железы всегда следует рассматривать как воз- можную причину

					рессии пациенто жилого возраста Необ- ходимо исключи забо- левания других органов ЖКТ, большое депрес- сивное расстрой
Феохромоцит ома	Пароксизмаль ная гипер- тензия, головная боль	Тревога, страх, ощущение неотвратимой гибели	Паника, профузный пот, тремор	Гипертензия, повышение уровня ванилилминда ль- ной кислоты в суточной моче, тахикардия	Высвобож ие катехо ламинов мозговых ществом надпочеч ов. Необходи исключи тревожны расстрой Обычно возникае
Рассеянный склероз	Внезапные транзитор- ные сенсорно- моторные расстройства; наруше- ние зрения, не имеющие определённой локализа- ции неврологическ ие симптомы с ремиссиями и обострениями	Тревога, эйфория, мания	Смазанная речь, несдер- жанность	Анализ спинномозгов ой жидкости может выя- вить повышение уровня У-глобулина; КТ: дегене- ративные участки голов- ного спинного мозга	юношеск возрасте. Необходи исключи третичны сифилис, гие дегенера ые за- болевани истерию, нию позднем этапе)
Системная красная вол- чанка	Лихорадка, повышенная светочувствит ельность, эритема в виде бабочки	Депрессия, расстройства настроения, психоз, бред, галлюцинации	Повышенная утомляе- мость	Положительн ые резуль- таты теста на антинук- леарные антитела,	Мульти сис тное ау т иммунно заболева наиболее часто

	на лице, боли в суставах, головная боль			волчаночно-клеточного теста, анемия, тромбоцитопения; при рентгенографии грудной клетки выявля-	возникает у женщин психопатологии; симптомы имеются 50% случаев; психическое нарушение может вызвать изменение стероидов. Не-обходимо исключить депрессию, расстройств, параноид психоз, психотическое расстройство настроен
--	---	--	--	---	--

260 Глава 17 IA

Таблица 17-3. Психические расстройства, сходные по проявлениям с психосоматическими нарушениями

Диагноз	Определение и пример
Конверсионное расстройство	Изменение соматического состояния, которое предполагает соматическое расстройство, но на самом деле является выражением психологического конфликта, например психогенная афония. Симптомы не соответствуют ожидаемой локализации, символичны и позволяют пациенту получить «вторичную выгоду»
Дисморфофобия	Убежденность пациента в том, что у него имеется физический недостаток, хотя объективно его нет, например убежденность в оволосении лица
Ипохондрия	Повышенное беспокойство по поводу наличия соматического заболевания, хотя объективно его нет, например убежденность пациента в том, что он болен стенокардией, хотя патологических изменений сердечной деятельности не обнаруживается

Соматизированное расстройство		Периодические жалобы на соматическое состояние, хотя неоднократно обследования не выявляют какого-либо соматического заболевания или органической патологии
Соматоформное болевое расстройство		Болевые ощущения, интенсивность которых не объяснена каким-либо соматическим заболеванием. Боль не соответствует иннервации. Возможна тесная связь между стрессом, конфликтом и возникновением или обострением боли
Жалобы на соматическое состояние, связанные классическими психическими расстройствами	на	Соматические симптомы депрессии, например слабость, астения
Соматические симптомы злоупотреблении психоактивными веществами	с при	Бронхит и кашель, связанные с курением

Д. Дифференциальный диагноз. Как видно из табл. 17-3, многие психопатологические синдромы и расстройства ошибочно принимаются за психосоматические. Дифференцировке помогает отсутствие верифицированного органического нарушения или патофизиологического процесса при психическом расстройстве.

Е. Лечение

1. Комбинированный подход. Необходимо сотрудничать с терапевтом или хирургом, лечащими соматическое расстройство, а также с психиатром, обеспечивающим психиатрическую помощь.

2. Поддерживающая психотерапия. Крайне важна, особенно если психиатру удаётся наладить контакт с пациентом. Следует предоставить пациенту возможность обсудить страхи, которые он испытывает в связи со своим заболеванием, особенно страх смерти. При этом следует учитывать, что у многих пациентов имеется выраженная потребность в том, чтобы кто-то направлял их действия.

Психосоматические расстройства... 261

3. Динамическая психотерапия, ориентированная на формирование адекватной самооценки. Необходимо изучить бессознательные конфликты, имеющие отношение к сексу и агрессии. Выяснение причин тревоги, связанной с жизненными стрессами, и формирование адекватных механизмов психологической защиты.

4. Групповая терапия. Эффективна у пациентов с аналогичными нарушениями, например у страдающих колитом или находящихся на гемодиализе.

5. Семейная терапия. С разрешения пациента врач может обсудить имеющиеся проблемы с членами семьи пациента, его супругой, друзьями.

6. Поведенческая терапия. Поведенческая терапия, релаксация и биоподкрепление эффективны, если заболевание в значительной степени обусловлено нарушением деятельности вегетативной нервной системы (астма, аллергия, гипертензия).

7. Фармакотерапия

а. Для лечения пациентов, страдающих психозами, используют нейролептики.
 б. Анксиолитики ослабляют тревогу в период острого стресса. Препараты этой группы следует использовать с осторожностью, чтобы избежать возникновения зависимости.

в. Антидепрессанты применяют в случае депрессии, обусловленной соматическим или неврологическим заболеванием.

II. ПСИХИАТРИЯ ПО ТИПУ КОНСУЛЬТАЦИЯ-ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

Психиатр, работающий в системе консультация-взаимодействие (К-В), выступает в качестве консультанта других врачей (не психиатров) и, как правило, работает непосредственно в хирургической или терапевтической клинике. Если учесть, что 65% больных терапевтических стационаров обнаруживают психические нарушения, в 50% случаев связанных с терапией соматического расстройства, становится понятной важная роль психиатра в больницах непсихиатрического профиля. В табл.174 описаны проблемы, наиболее часто встречающиеся при оказании психиатрической помощи по типу К-В.

Таблица 17-4. Типичные проблемы при оказании психиатрической помощи по типу К-В

Повод для консультации	Комментарии
Попытка угроза или самоубийства	Факторы высокого риска, возраст старше 45 лет у мужчин, отсутствие социальной поддержки, алкоголизм, недавняя попытка самоубийства, заболевание, приводящее к потере трудоспособности и вызывающее мучительную боль и мысли о самоубийстве. Если риск очевиден, следует перевести пациента в психиатрическое отделение либо обеспечить круглосуточное наблюдение.
Депрессия	Риск самоубийства следует определять для каждого пациента, находящегося в состоянии депрессии (см. выше), следует проверить, злоупотреблял ли пациент психоактивными веществами или антидепрессантами, например пропранололом, резерпином; из-за возможности нарушения сердечной проводимости и ортостатической гипотензии следует с осторожностью назначать антидепрессанты больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

262 Глава 17 II

Таблица 17-4. Окончание

Повод для консультации	Комментарии
Ажитация	Часто обусловлена соматическим заболеванием, синдромом отмены психоактивных веществ, например опиатов, алкоголя, седативно-гипнотических средств; при сильной ажитации наиболее эффективен пропранолол; средства физического удерживания используют с крайней осторожностью; следует определить, является ли ажитация реакцией пациента на императивные галлюцинации или бредовые идеи. Необходимо исключить токсическое воздействие лекарственных средств, например

Галлюцинации	кортизоловую паранойю, антихолинергический делирий Для стационарных пациентов наиболее характерен алкогольный делирий; он возникает после 3-4 дней госпитализации; следует обеспечить сенсорную изоляцию. Необходимо исключить кратковременное психотическое расстройство, шизофрению, соматическое заболевание, интоксикацию наркотическим средством или синдром отмены. Лечение нейролептиками
Расстройство сна	Типичная причина — боль. Ранние утренние пробуждения связаны с депрессией, трудности при засыпании — с тревогой. В зависимости от причины назначают анксиолитики или антидепрессанты. Данные препараты не являются болеутоляющими, поэтому для купирования боли необходимо назначать соответствующие анальгетики. Необходимо исключить синдром отмены на ранней стадии привыкания к наркотическим средствам
Отсутствие органических нарушений для объяснения природы симптомов	Необходимо исключить конверсионное расстройство, соматизированное расстройство, имитируемое расстройство, симуляцию. Анестезия по типу «перчаток» и «чулок» с вегетативными симптомами наблюдается при конверсии, многочисленные жалобы на соматическое состояние — при соматизации, стремление лечь в больницу — при имитируемом расстройстве; при симуляции бывает «вторичная выгода», например возмещение убытков
Дезориентировка	Дифференцировка делирия и деменции; исследование функции обмена веществ, изучение результатов неврологических обследований, определение зависимости от наркотического вещества. При ажитации — малые дозы нейролептиков; бензодиазепины могут ухудшить состояние пациента и вызвать синдром «заката» (атаксия, спутанность). Для исключения сенсорной депривации необходимо изменение окружающей среды
Несоблюдение предписанного режима, несогласие на проведение необходимой лечебной процедуры	Изучение отношений между пациентом и лечащим врачом; негативный перенос — наиболее частая причина несогласия пациента с рекомендуемым режимом лечения; страх перед лекарственными средствами или терапевтической процедурой требует разъяснения пациенту их назначения и переубеждения. Отказ от лечения может быть связан с когнитивными расстройствами; в таких ситуациях пациент может быть признан недееспособным (только по решению суда); главной причиной когнитивных расстройств у госпитализированных пациентов является

Психосоматические расстройства... 263

III. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В отличие от пациентов, находящихся в терапевтических отделениях, больные, лечение которых проводится в специальных условиях, могут переживать нетипичные, характерные только для них стрессы.

А. Отделения интенсивной терапии. Отделения интенсивной терапии предназначены для пациентов, находящихся в критическом состоянии (отделения интенсивной терапии для больных с острой коронарной недостаточностью). Среди защитных реакций этих пациентов — страх, тревога, активность, отказ следовать совету врача, враждебность, зависимость, депрессия, тоска и делирий.

Б. Гемодиализ. Пациенты, находящиеся на гемодиализе, обречены на постоянную зависимость от медицинского персонала и систем поддержания жизни. У них возникают проблемы, обусловленные длительной зависимостью, регресс в детство, враждебность и негативизм по отношению к советам врача. Деменция после диализа представляет собой состояние с утратой познавательных функций, дистонией, припадками, которые обычно приводят к смерти. Деменция чаще бывает у больных, которые долго находились на гемодиализе.

В. Хирургия. Пациенты, перенёсшие тяжёлые хирургические операции, по-разному реагируют на своё состояние в зависимости от преморбидных особенностей личности и вида операции. Краткое описание этих реакций приведено в табл. 17-5.

Таблица 17-5. Проблемы трансплантации и хирургии

Орган	Биологический фактор	Психологический фактор
Почка	Успешность 50-90%. Операцию нельзя производить пациентам старше 50 лет. Всё чаще используют трупную почку вместо почки живого донора	Живые доноры должны быть эмоционально устойчивыми; самыми лучшими донорами являются родители, у братьев (сестёр) могут возникать затруднения с принятием решения; доноры подвержены депрессии. Пациенты, у которых перед операцией возникают панические реакции, могут иметь плохой прогноз; часто отмечают изменение восприятия своего тела и страх отторжения органа. Хороший эффект даёт групповая психотерапия
Костный мозг	При гипопластической анемии и заболеваниях иммунной системы	Обычно это тяжелобольные, которые осознают близость смерти; важно убедить пациента следовать назначениям врача. У детей, которым делают подобные операции, часто существуют проблемы, связанные с зависимым положением; братья (сестры) часто становятся донорами и могут проявлять по этому поводу гнев

Сердце	Конечные стадии заболевания коронарной артерии и кардиомиопатии	или затруднение в принятии решения Смерть донора устанавливается в соответствии с юридическими требованиями; родственники покойного могут не согласиться на использование органа или затрудниться в принятии решения. Если при отторжении
--------	---	--

264 Глава 17 III В

Таблица 17-5 Окончание

Орган	Биологический фактор	Психологический фактор
Молочная железа	Радикальная или частичная мастэктомия	почки можно перейти на гемодиализ, то при отторжении сердца спасение невозможно. Некоторые пациенты стремятся к трансплантации в надежде умереть. Посткардиомиопатический делирий наблюдается у 25% пациентов Реконструкция молочной железы ко времени операции улучшает послеоперационную адаптацию; пациентки, давно перенесшие операцию, обычно консультируют вновь прибывших больных; пациентки, которым предстоит частичная резекция, испытывают меньше страхов относительно данной процедуры и последующих сексуальных проблем, чем больные, которым предстоит мастэктомия; хороший эффект дает групповая поддержка
Матка	Матку удаляют у 10% женщин старше 20 лет	Страх потерять сексуальную привлекательность в результате операции может возникать у небольшого числа женщин; обычно бывает беспокойство потерей способности к деторождению
Головной мозг	Поведенческие нарушения обусловлены анатомической локализацией повреждения	Зависимость от окружающих при опухолях лобной доли обуславливается неспособностью проявлять инициативу; память нарушается вследствие перивентрикулярных вмешательств; при локализации опухоли в

Предстательная железа	Операция по поводу рака связана с более негативными психологическими эффектами и технически более сложна, чем операция при доброкачественной гипертрофии	затылочно-теменной доле возникают галлюцинации При трансуретральной простатэктомии частым осложнением становится сексуальная дисфункция. Перинеальная простатэктомия обуславливает отсутствие поллюций, эрекции и эякуляции. Хорошие результаты наблюдаются при вживлении в пенис имплантата
Толстая и прямая кишка	Колостомия, обычно при раке толстой кишки	Треть пациентов после операции начинает хуже относиться к самим себе. Пациентам, испытывающим страх и беспокойство по поводу стомы, можно рекомендовать участие в группах самопомощи
Конечности	Ампутация по поводу тяжелой травмы, диабета или рака	Феномен фантома конечностей отмечается у 98% пациентов и может сохраняться несколько лет; ощущения могут быть болезненными — следует исключить ампутационную неврому; методы лечения в настоящее время не найдены, заболевание может пройти спонтанно

Психосоматические расстройства... 265

IV. БОЛЬ

Боль является комплексным симптомом, состоящим из ощущения собственного заболевания и связанного с этим эмоционального переживания. Острая боль представляет собой рефлекторную биологическую реакцию на физическое повреждение. Боль можно считать хронической, если она сохраняется более 6 мес. Физиологическая классификация боли приведена в табл. 17-6. Характеристика боли представлена в табл. 17-7.

Таблица 17-6. Физиологическая классификация боли

Тип	Подтип	Примеры	Комментарии
Ноцицептивная	Соматическая Висцеральная	Костный метастаз Непроходимость кишечника	Обусловлена возбуждением чувствительных волокон; боль обычно тупая или сжимающая
Невропатическая	Периферическая Центральная Соматическая Висцеральная Симпатическая	Каузалгия Таламическая боль Висцеральные боли у лиц, страдающих параплегией Постгерпетическая боль	Обусловлена разрывом афферентных нервных путей. Патологические особенности до конца не изучены. При большинстве синдромов, вероятно,

	кого происхожде ния Несимпатич еского происхожде ния	Фантомная боль	происходят изменения как в периферической, так и в центральной нервной системе; боль обычно диз- эстетическая, часто жгучая и колющая
Психогенна я	Соматизиро ванное расстройств о Психогенна я боль Ипохондрия Специфичес кий диагноз боли с частичной органическо й обусловленн остью	Радиккулит Атипичная лицевая боль Хроническая головная боль	К психогенной боли мнимые расстройства (симуляция, синдром Мюнхгаузена) не имеют отношения

Таблица 17-7. Характеристика соматической и невропатической боли

Соматическая боль	Невропатическая боль
Очевидное наличие ноцицептивных возбудителей Определённая локализация; может быть висцеральной Подобна другим соматическим болевым ощущениям, которые пациент испытывал в прошлом Противовоспалительные или наркотические анальгетики облегчают состояние	Очевидные ноцицептивные возбудители отсутствуют Часто не имеет определённой локализации Необычная, не похожая на соматическую боль Наркотические анальгетики лишь отчасти облегчают состояние

г

266 Глава 17 V A

V. АНАЛГЕЗИЯ

Аналгезия представляет собой отсутствие болевых ощущений. Наиболее эффективными анальгетиками являются наркотические средства (производные опия или вещества сходного с ним действия, которые облегчают боль, изменяют настроение и поведение и могут вызывать зависимость и изменение толерантности). Опиаты — общее название препаратов, воздействующих на опиоидные рецепторы и вызывающих наркотический эффект. Они дают хороший результат при кратковременном лечении тяжёлой, острой, мучительной боли. Целью терапии является облегчение боли, чтобы пациент мог спокойно есть и спать. Опиаты следует давать по просьбе пациента, но не чаще 1 раза в час для первых 2 доз. В дальнейшем можно ограничиться 1 дозой каждые 3 ч. Самостоятельное внутривенное введение наркотических средств в установленных количествах госпитализированными пациентами является новым методом купирования боли, который уже доказал свою эффективность. Основные опиные анальгетики:

1. Морфин. 10 мг в/и, 60 мг внутрь.
2. Меперидин — синтетический опиный анальгетик; 75 мг в/м, 300 мг внутрь.
3. Метадон — препарат длительного действия, эффективный при приёме

внутри и имеющий менее выраженные седативные свойства по сравнению с морфином. Препарат используют для кратковременного лечения синдрома отмены героина и для долговременной поддерживающей терапии опиоидной зависимости, а также в качестве обезболивающего средства при злокачественных опухолях. Назначают 10 мг е/м или 20 мг внутрь.

А. Ненаркотические анальгетики. Типичный представитель этой группы — аспирин (ацетилсалициловая кислота). В отличие от наркотических анальгетиков, воздействующих на центральную нервную систему, салицилаты дают эффект на периферическом или локальном уровне, в месте концентрации боли. Препараты данной группы обычно назначают для приёма каждые 3 ч.

Максимальная концентрация в плазме крови большинства анальгетиков достигается в течение 45 мин после их приёма, анальгезирующий эффект длится 3-4 ч. Нестероидные противовоспалительные препараты также применяют в качестве обезболивающих средств: ибупрофен по 200-400 мг каждые 4 ч. Эквивалентные дозы препаратов: 650 мг аспирина = 32 мг кодеина = 65 мг пропоксифена = 50 мг пентазоцина.

Б. Плацебо. Вещества без каких-либо фармакологических свойств, оказывающие лечебное действие благодаря лишь суггестивному влиянию. Последние данные свидетельствуют, однако, о способности налоксона (опиоидного антагониста) блокировать анальгезирующее воздействие плацебо, что позволило объяснить некоторые эффекты плацебо высвобождением эндогенных опиоидов.

Плацебо не должны использоваться для лечения хронических заболеваний, если пациент выразил однозначный отказ от такого лечения. Более того, лечение с применением плацебо серьезно подрывает доверие пациента к врачу. Наконец, плацебо не следует использовать, когда в распоряжении психиатра имеются более эффективные лечебные средства.

VI. АЛЬТЕРНАТИВНАЯ (НЕТРАДИЦИОННАЯ) МЕДИЦИНА

В настоящее время этот вид медицины получает всё более широкое распространение; 1 из 3 пациентов в той или иной степени прибегает к нетрадиционным методам при таких часто встречающихся расстройствах, как депрессия, хроническая боль, радикулит, мигрень или нарушения пищеварения.

т

Психосоматические расстройства 267

А. Подход. Специалисты в области холистической медицины (основана на философско-биологической теории холизма, или целостности; высшей конкретной формой органической целостности считается человеческая личность) используют комплексный подход к пациенту с учётом психосоциальных показателей, особенностей окружающей среды и образа его жизни. Такой подход в последние годы получил название психосоматического.

! Б. Оценка способов лечения. Из нетрадиционных способов лечения только гипноз и

биоподкрепление вошли в практику классической психиатрии. Каждый метод альтернативной медицины требует тщательного анализа; большинство из них воздействует преимущественно по механизмам суггестии. 70% пациентов не сообщают врачу о том, что они пользуются средствами нетрадиционной медицины.

18

Расстройства личности

I. ВВЕДЕНИЕ

А. Определение. Длительно существующие, глубокие и стойкие расстройства характера, дезадаптивные модели поведения, затрагивающие различные сферы психической деятельности. Они не относятся к расстройствам осей I и II и к затруднениям в связи с культурными различиями. Дезадаптивные

особенности могут касаться поведенческих, эмоциональных, интеллектуальных, перцептивных или психодинамических проявлений.

Определение понятия расстройств личности близко к привычному для нас определению психопатий. В нём подчеркиваются стойкость и тотальность нарушений психической деятельности, склонность таких личностей к дезадаптации. В зарубежной психиатрической литературе с 70-х годов термин «психопатия», «ставший не клиническим диагнозом, а синонимом асоциальности субъекта», заменяется понятием «расстройства личности».

Б. Диагноз и симптомы

1. У больного длительное время имеются трудности в различных сферах жизни.
2. Эгосинтонные модели поведения, приемлемые личностью.
3. Ригидность.
4. Скрытая защитная реакция в виде тревоги.
5. Недостаток сочувствия (сопереживания).
6. Незавершённое развитие; незрелость.
7. Межличностные трудности на работе и в любви.

В. Эпидемиология

1. Встречаются у 6-9% населения.
2. Ранее рассматривались как расстройства темперамента. Расстройства личности проявляются в подростковом возрасте или в юности.
3. У мужчин и женщин встречаются с одинаковой частотой.
4. Характерна неспецифическая предрасположенность к психическим расстройствам в анамнезе. В развитии некоторых расстройств личности играют роль генетические факторы.

Г. Этиология

1. Множественная.
2. Иногда очевидны биологические факторы (генетическая предрасположенность, повреждение мозга в перинатальном периоде, энцефалит, травма черепа). Отмечается высокий показатель конкордантности у монозиготных близнецов.
3. В процессе развития часто отмечаются индивидуальные трудности и семейные проблемы (иногда в виде физического насилия, инцеста).

269

270 Глава 18 ИГ

Справедливо подчеркивая полиэтиологичность расстройств личности, авторы допускают в качестве их причин как генетические факторы, так и органическое поражение головного мозга, неблагоприятные семейные условия, неправильное воспитание. Однако посторганический психопатоподобный синдром не выделяется в особую группу, в связи с чем данная концепция расстройств личности (психопатий) отличается от концепции, принятой в отечественной психиатрии. Но с точки зрения терапии и социальных мероприятий различия в диагностике (психопатия или психопатоподобный синдром) не имеют существенного значения.

Д. Психологические тесты

1. Нейропсихологические тесты могут выявить органические нарушения (ЭЭГ, КТ и электрофизиологическая топография).
2. Проективные тесты могут выявить предпочитаемые личностные установки и стили поведения (ММРІ, тематический апперцептивный тест, тест Роршаха, тест «изображения человека»).

Е. Патофизиологические особенности

1. Лобная доля. Импульсивность, нарушение способности к суждениям, абulia.
2. Височная доля. Симптомы Клювера-Бьюси, религиозность, возможна склонность к насилию.

Синдром Клювера-Бьюси описан авторами у макак-резусов после двусторонней височной лейкотомии и может наблюдаться у больных после удаления височных долей. Для него характерны слабоумие с эйфорией, гиперсексуальность, гипербулия, утрата чувства стыда и страха.

3. Теменная доля. Легкомыслие, безмятежность или эйфория.

Ж. Психодинамика. Различная в зависимости от конкретного расстройства.

3. Течение и прогноз. Течение различное в зависимости от конкретного случая: расстройства обычно стабильные или с ухудшением, но у некоторых пациентов может наступить улучшение.

И. Лечение. Используют различные комплексы: психоанализ, аналитическую психотерапию, поддерживающую психотерапию, групповую терапию, семейную терапию, терапию средой, госпитализацию (кратковременную и длительную), фармакотерапию. Однако пациенты, как правило, не склонны к лечению.

К. Классификация. В DSM-IV расстройства личности разделены на 3 группы. К 1-й группе (группа А) относятся расстройства личности с проявлениями странностей и эксцентричности — параноидное, шизоидное и шизотипическое. Ко 2-й группе (группа Б) относятся расстройства личности с проявлениями театральности, эмоциональности и лабильности — антисоциальное, пограничное, истерическое, нарциссическое; 3-я группа (группа В) включает расстройства личности с проявлениями тревоги и страха — избегание, обсессивно-компульсивное и зависимое.

1

Расстройства личности 271

II. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ СТРАННОСТЕЙ И ЭКСЦЕНТРИЧНОСТИ

А. Параноидное расстройство личности

В отечественной психиатрии этому расстройству соответствует паранойяльная психопатия.

1. Определение. Тенденция приписывать окружающим злые намерения.

2. Диагноз и симптомы

Таблица 18-1. Диагностические критерии параноидного расстройства личности по DSM-IV

А. Впервые возникающие в подростковом возрасте недоверие и подозрительность в отношении окружающих с интерпретацией их действий как направленных против больного, которые проявляются в различных жизненных ситуациях и о наличии которых свидетельствует не менее 5 из следующих симптомов:

1. Безосновательные подозрения, что окружающие используют, обманывают больного или причиняют ему вред

2. Озабоченность сомнениями в лояльности или надёжности друзей или коллег

3. Нежелание больного доверять другим из-за необоснованного страха, что информация будет использована против него

4. Поиски скрытого смысла или угроз в высказываниях окружающих или событиях

5. Устойчивое недоброжелательное отношение к окружающим, неспособность прощать обиды или неуважение

6. Ложное убеждение пациента, что кто-то угрожает его репутации, и немедленная реакция на это в виде злобы или агрессии

7. Периодические необоснованные сомнения в верности супруга или сексуального партнёра

Б. Расстройство не возникает на фоне шизофрении, расстройства настроения с психотическими симптомами или другого психического расстройства и не имеет прямой связи с соматическим или неврологическим заболеванием

Примечание. Если состояние пациента отвечало данным критериям до

возникновения шизофрении, при диагностике следует указать «в преморбиде», например «параноидное расстройство личности (в преморбиде)»

3. Эпидемиология

- а. Распространённость — 0,5-2,5%.
- б. В семьях пробандов отмечается повышенная заболеваемость шизофренией и бредовыми расстройствами. /
- в. Чаще встречается у мужчин.

4. Этиология

- а. Генетические факторы.
- б. Неспецифические трудности в семейных отношениях и насилие в детстве.
- в. Исключить злоупотребление психоактивными веществами, например фенамином.

5. Психодинамика

- а. Проекция, отрицание, рационализация.
- б. Стыд.

272 Глава 18 ПБ

- в. Оборонительные, мазохистские, ипохондрические черты.
- г. Несостоявшаяся индивидуализация и проблемы автономии.
- д. Идентификация с агрессором.
- 6. Дифференциальный диагноз
 - а. Бредовое расстройство — пациенты со стабильным бредом.
 - б. Параноидная шизофрения — галлюцинации и расстройства мышления.
 - в. Шизоидное, пограничное и антисоциальное расстройства личности — пациенты способны к активному общению.
- 7. Течение и прогноз. Различны и зависят от силы личности пациента и жизненных обстоятельств; возможно развитие бредовых расстройств, шизофрении, депрессии, тревожных расстройств. Как правило, у пациентов имеются постоянные трудности в общении или деловых контактах.

8. Лечение

- а. Периодически нейролептики в небольших дозах {например, галоперидол по 2 мг/сут), анксиолитики (например, диазепам при ажитации и тревоге).
- б. Поддерживающая психотерапия.
 - \. Открытость, постоянство, исключение юмора в общении. и. Поддержка сохраненных сторон личности. ш. Акцент на реальности.
 - в. Групповая психотерапия невозможна. Б. Шизоидное расстройство личности

- 1. Определение. Образ жизни, ориентированный на самоизоляцию без всякого стремления к общению.

2. Диагноз и симптомы

Таблица 18-2. Диагностические критерии шизоидного расстройства личности по DSM-IV

А Впервые возникающая в подростковом возрасте устойчивая модель обособления от социальных контактов и ограничения выражения эмоций в межличностных отношениях, которая проявляется в различных жизненных ситуациях и о наличии которой свидетельствует не менее 5 из следующих симптомов:

- 1. Нежелание иметь близкие отношения с окружающими и отсутствие радости от таких отношений, включая отношения с членами семьи
- 2. Выбор только индивидуальной деятельности
- 3. Сниженный интерес или его отсутствие к сексуальным отношениям
- 4. Ограниченный круг деятельности или полное отсутствие интереса к какой-либо деятельности
- 5. Отсутствие близких друзей или приятелей
- 6. Равнодушие к похвале или критике
- 7. Эмоциональная холодность, обособленность, отчуждённость или оскудение эмоций

Б. Расстройство не возникает на фоне шизофрении, расстройства настроения с психотическими симптомами, другого психического расстройства или глубокого расстройства развития и не имеет прямой связи с соматическим или неврологическим заболеванием

Примечание. Если состояние пациента отвечало данным критериям до возникновения шизофрении, при диагностике следует указать «в преморбиде», например «шизоидное расстройство личности (в преморбиде)»

Расстройства личности 273

3. Эпидемиология

а. Наблюдается у 7,5% населения.

б. Заболеваемость повышена в семьях, в которых имеются больные шизофренией.

в. Значительно чаще встречается у мужчин.

4. Этиология

а. Вероятна роль генетических факторов.

б. Аналогична этиологии шизофрении.

в. Часто выявляются неблагоприятные отношения в семье на раннем этапе развития.

5. Психодинамика

а. Социальная заторможенность.

б. Эмоциональное ограничение и неприятие — защитные механизмы, наиболее часто используемые против агрессии.

6. Дифференциальный диагноз

а. Параноидное расстройство личности — пациент включается в общение с другими.

б. Шизотипическое расстройство личности — поведение пациента странное и эксцентричное.

в. Расстройство личности в виде избегания — пациент изолирован, но стремится к общению.

7. Течение и прогноз

а. Различны и зависят от конкретного случая.

б. Возможны осложнения в виде бредового расстройства, развитие шизофрении, других психозов.

8. Лечение

а. В некоторых случаях положительные результаты может дать применение нейролептиков в малых дозах {например, галоперидол по 2 мг в день}.

б. Поддерживающая психотерапия направлена на установление нормальных взаимоотношений с окружающим миром, идентификацию эмоций.

в. Групповая психотерапия.

г. Для некоторых пациентов — терапия средой. В. Шизотипическое расстройство личности

1. Определение. Многочисленные странности в поведении, мышлении, эмоциях, речи, внешнем виде.

2. Диагноз и симптомы

Кардинальным отличием DSM-IV от МКБ-10, так и от DSM-III-R является перенос шизотипического расстройства личности из раздела «Шизофрения и бредовые расстройства» в раздел «Расстройства личности».

Споры о месте мягкой, вялотекущей, медленно прогрессирующей шизофрении (sluggish schizophrenia, borderline schizophrenias, schizotypal disorder и т.д.) не утихают со времени выделения этого типа шизофренических расстройств Э. Блейлером. До последнего времени эти психические нарушения включались в большую группу расстройств шизофренического спектра. Между тем уже составители МКБ-10 отказались от этой концепции и внесли перечисленные расстройства в отдельную рубрику «шизотипическое расстройство» (F21), сохранив его в разделе «Шизофрения».

Не вступая в спор по существу проблемы о том, можно ли считать медленно

прогредиентную шизофрению одной из форм (или формой течения) шизофренического про-

274 Глава 18 II В

цесса либо самостоятельным психическим расстройством, пограничным между личностными нарушениями и процессуальным заболеванием, следует указать, что диагностические критерии шизотипического расстройства личности практически совпадают с принятыми в отечественной психиатрии критериями медленно прогредиентной шизофрении. Вынесение шизотипических расстройств личности за скобки шизофренического спектра отражает стремление отказаться от «навешивания ярлыков» психической болезни таким пациентам.

Таблица 18-3. Диагностические критерии шизотипического расстройства личности по DSM-IV

А. Впервые возникающее в подростковом возрасте нарушение социального и межличностного функционирования, которое характеризуется дискомфортом, связанным с недостаточной способностью создавать тесные взаимоотношения с окружающими, когнитивными нарушениями, искажением восприятия и эксцентричностью поведения, которые проявляются в различных жизненных ситуациях и о наличии которых свидетельствует не менее 5 из следующих симптомов:

1. Идеи отношения (исключая бред отношения)
2. Необычные убеждения или магическое мышление, которые влияют на поведение и не соответствуют нормам данной субкультуры (например, суеверия, приписывание себе способности к ясновидению, телепатии или «шестому чувству»; у детей и подростков — причудливые фантазии или увлечения)
3. Необычные перцептивные ощущения, включая иллюзии, связанные с собственным телом
4. Странность мышления и речи (например, неопределённость, обстоятельность, метафоричность или стереотипность)
5. Подозрительность или параноидные мысли
6. Неадекватность или обеднение эмоций
7. Странное или эксцентричное поведение или внешность
8. Отсутствие близких друзей
9. Чрезмерная тревожность при общении с окружающими, которая не ослабевает при близком знакомстве и скорее связана с параноидными страхами, чем с негативной самооценкой

Б. Расстройство возникает не на фоне шизофрении, расстройства настроения с психотическими симптомами, другого психотического расстройства или глубокого расстройства развития и не имеет прямой связи с соматическим или неврологическим заболеванием

Примечание Если состояние пациента отвечало данным критериям до возникновения шизофрении, при диагностике следует указать «в преморбиде», например «шизотипическое расстройство личности (в преморбиде)»

3. Эпидемиология

а. Распространённость — 3%.

б. Заболеваемость повышена в семьях, в которых имеются больные шизофренией.

в. Чаще встречается у мужчин.

4. Этиология. Аналогична этиологии шизофрении.

5. Психологические тесты. Характерно расстройство мышления.

6. Патологические особенности

а. Возможно снижение уровня моноаминоксидазы.

б. Возможны нарушения плавных следящих движений глаз.

в. Возможно уменьшение объёма головного мозга, преимущественно

височной доли.

Расстройства личности 275

7. Психодинамика. Идентична динамике психозов и шизофрении.

8. Дифференциальный диагноз

а. Параноидное расстройство личности — пациент не эксцентричен.

б. Шизоидное расстройство личности — пациент не эксцентричен.

в. Пограничное расстройство личности — выраженные аффективные реакции, гнев, импульсивность.

г. Шизофрения — утрата чувства реальности.

9. Течение и прогноз

а. Прогноз неопределённый; около 10% больных кончают жизнь самоубийством.

б. Возможно шизофреническое изменение личности.

10. Лечение

а. Медикаментозное, как при шизофрении: небольшие дозы нейролептиков (например, галоперидол по 2-5 мг/сут, пимозид по 2-5 мг/сут), дополнительно бензо-диазепины (например, диазепам по 2-10 мг/сут).

б. Поддерживающая психотерапия.

в. Групповая психотерапия.

г. Терапия средой.

III. РАССТРОЙСТВА С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ТЕАТРАЛЬНОСТИ, ЭМОЦИОНАЛЬНОСТИ И ЛАБИЛЬНОСТИ

А. Антисоциальное расстройство личности

Выделение антисоциального расстройства личности представляется спорным. При выделении этого типа расстройств личности DSM-IV отходит от клинических принципов. В МКБ-10 аналогичная группа рассматривается в качестве «диссоциальных личностей» (F60.2). Составители международной классификации попытались избежать оценки характерологических особенностей этих субъектов как противостоящих обществу. Однако описание диагностических критериев свидетельствует о реальном существовании подобных личностей, которые по клиническим проявлениям чрезвычайно напоминают личностей с сочетанием черт эксплозивности и неустойчивости.

1. Определение. Деадаптивное поведение с игнорированием прав окружающих.

2. Диагноз и симптомы

Таблица 18-4 Диагностические критерии антисоциального расстройства личности по DSM-IV

А. Впервые возникающие в возрасте до 15 лет игнорирование и нарушение прав окружающих, которые проявляются в различных жизненных ситуациях и о наличии которых свидетельствует не менее 3 из следующих симптомов:

1. Неспособность соблюдать принятые в обществе нормы поведения и вести себя в соответствии с законом — повторное совершение действий, которые могут служить поводом для ареста

2. Склонность ко лжи, проявляющаяся в частых и повторных обманах окружающих, стремлении получить личную выгоду или удовольствие с игнорированием интересов окружающих, а также в использовании вымышленных имён

г

276 Глава 18 III А

Таблица 18-4. Окончание

3. Импульсивность поступков или неспособность к планированию

4. Раздражительность и агрессивность — повторные драки или нападения

5. Безрассудное игнорирование личной безопасности или безопасности окружающих

6. Безответственное отношение к своим обязанностям, проявляющееся в неспособности сосредоточиться на выполнении работы или в нарушении

финансовых обязательств

7. Неспособность к сочувствию, проявляющаяся в равнодушии или стремлении рационалистически объяснять свои поступки, связанные с нанесением обид окружающим, плохими отношениями с ними либо с совершением кражи

Б. Возраст пациента не моложе 18 лет

В. Имеются данные о возникновении расстройства в возрасте до 15 лет

Г. Антисоциальное поведение возникает не на фоне шизофрении или маниакального эпизода

3. Эпидемиология

а. Распространённость — 3% мужчин, 1% женщин.

б. В семьях пациентов повышенная частота антисоциального расстройства личности, соматизированного расстройства и алкоголизма.

в. Выборочные исследования указывают на генетическую предрасположенность.

г. Чаще встречается в низших социально-экономических слоях населения.

д. Предрасполагающие факторы — расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью, расстройство поведения.

4. Этиология

а. Генетические факторы.

б. Органические нарушения могут быть обусловлены повреждением головного мозга в перинатальном периоде, травмой черепа, энцефалитом.

в. Отсутствие родительской заботы или физическое насилие со стороны родителей.

г. Периодические безосновательные или жестокие наказания родителями.

5. Патолофизиологические особенности

а. Если имеются органические нарушения, то импульсивность обычно обусловлена поражением лобной доли.

б. Другие патологические изменения головного мозга, например миндалевидного тела или височных областей, могут предрасполагать к насилию.

6. Психодинамика

а. Импульсивность поведения обусловлена снижением способности личности к планированию и суждениям.

б. Нарушения или пробелы в структуре личности; примитивное или плохо сформированное сознание.

в. Дефицит в общении с окружающими: отсутствие эмпатии (способности к сопереживанию), любви, доверия.

г. Выраженность агрессии.

д. Признаки садомазохизма, нарциссизма, депрессии.

7. Дифференциальный диагноз

а. Антисоциальное поведение у взрослых не отвечает всем критериям в табл. 18-4.

Расстройства личности 277

б. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, — антисоциальное поведение как следствие злоупотребления психоактивными веществами и зависимости от них; могут сосуществовать.

в. Умственная отсталость — антисоциальное поведение как следствие нарушения способности к интеллектуальной деятельности и умозаключениям; могут сосуществовать.

г. Психозы — антисоциальное поведение как следствие психотических бредовых состояний; могут сосуществовать.

д. Пограничное расстройство личности — характерны попытки самоубийства, чувство отвращения к самому себе и выраженная амбивалентность.

е. Нарциссическое расстройство личности — пациент законопослушен в удовлетворении нарциссических потребностей.

8. Течение и прогноз

- а. Диагноз обычно не ставят до 18-летнего возраста.
- б. Прогноз зависит от конкретного случая.
- в. Состояние пациента значительно улучшается в зрелом возрасте.
- г. Осложнения включают насильственную смерть, злоупотребление психоактивными веществами, самоубийство, физическую травму, криминальные и финансовые проблемы.

9. Лечение

- а. Малоэффективно.
- б. Терапия злоупотребления психоактивными веществами часто приводит к ослаблению антисоциальных наклонностей.
- в. В некоторых случаях эффективны длительная госпитализация или помещение пациента в лечебную коммуну.
- г. Как правило, определённый результат даёт поведенческая терапия (например, поведение пациента можно изменить под угрозой принятия юридических санкций или под страхом наказания).

Б. Пограничное расстройство личности

1. Определение

- а. Точное определение этого расстройства связано с рядом сложностей и противоречий. Часто ставится ошибочный диагноз невроза, психоза, расстройства настроения, другого расстройства личности, когнитивных расстройств.
- б. При пограничном расстройстве отмечаются проблемы самостоятельности, аффективного контроля, а также сильные личные привязанности. Более удачно это расстройство определено в МКБ-10, где оно отнесено в группу эмоционально неустойчивых расстройств личности (F60.3).

2. Диагноз и симптомы

278 Глава 18 III Б

Таблица 18-5. Диагностические критерии пограничного расстройства личности по DSM-IV

А. Впервые возникающая в подростковом возрасте нестабильность межличностных отношений, самооценки и аффективного реагирования и выраженная импульсивность, которая проявляется в различных жизненных ситуациях и о наличии которой свидетельствует не менее 5 из следующих симптомов:

1. Отчаянные попытки избежать реального или воображаемого одиночества. Примечание. Необходимо исключить суицидальное или аутоагрессивное поведение, описанное в рамках критерия 5

2. Неустойчивые и бурные межличностные отношения с поочередными колебаниями между крайней идеализацией и крайне негативной оценкой

3. Нарушение идентификации: выраженная и длительно сохраняющаяся нестабильность в представлении о самом себе или в самооценке

4. Импульсивность по меньшей мере в двух сферах деятельности, которые связаны с потенциальным риском (например, растрачивание денег, неразборчивость в половых связях, употребление наркотиков, пренебрежение правилами дорожного движения, переедание). Примечание. Необходимо исключить суицидальное или аутоагрессивное поведение, описанное в рамках критерия 5

5. Тенденция к аутоагрессии (самопоражению), включая суицидальные попытки или угрозы

6. Аффективная неустойчивость, обусловленная выраженной склонностью к колебаниям настроения (например, глубокая эпизодическая дисфория, раздражительность или тревога, которые сохраняются несколько часов, в редких случаях несколько дней)

7 Постоянное ощущение опустошённости

8. Неадекватная выраженная гневливость или трудности в её сдерживании

(например, частая вспыльчивость, постоянная озлобленность, периодическое участие в драках)

9. Транзиторные, связанные со стрессом параноидные мысли или выраженные диссоциативные симптомы

3. Эпидемиология

а. Распространённость — около 2% всего населения.

б. Чаще встречается у женщин.

в. В семьях пациентов высокая частота расстройств настроения и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ.

г. Повышенная распространённость пограничных расстройств личности среди матерей пациентов.

4. Этиология

а. Органические нарушения могут быть обусловлены повреждением головного мозга в перинатальном периоде, энцефалитом, травмой черепа, заболеваниями головного мозга.

б. Физическое или сексуальное насилие, отсутствие родительской заботы в детстве или сложные отношения в семье.

5. Психологические тесты. Проективные тесты могут выявить нарушения чувства реальности.

6. Патопсихологические особенности

а. Повреждения лобной доли могут вызвать нарушения способности к суждениям и контролю над эмоциями.

б. Повреждения височной доли могут вызвать симптомы Клювера-Бьюси.

Расстройства личности 279

7. Психодинамика

а. Расщепление — проявление гнева без осознания амбивалентных или положительных эмоций в отношении другого лица, обычно транзиторное. Тенденция разделять людей на тех, кому пациент нравится, и тех, кто его ненавидит.

б. Примитивная идеализация.

в. Проективная идентификация — приписывание идеальных качеств другому лицу, стремление вовлечь его в разнообразные виды совместной деятельности, которые могут устранить собственную амбивалентность. Бессознательное стремление вызвать у врача те же чувства, которые пациент испытывает сам.

г. Потребность реализовать агрессивные импульсы и жажда общения, часто сменяющие друг друга.

д. Страх быть покинутым.

е. Нарушения процесса индивидуализации; склонность к постоянству не выражена.

ж. Перенос отрицательных эмоций на себя — собственная личность становится объектом ненависти и отвращения.

з. Генерализованная — дисфункция личности вызывает нарушение идентификации.

8. Дифференциальный диагноз

а. Психотическое расстройство — устойчивое нарушение чувства реальности.

б. Расстройства настроения — патологическое изменение настроения, не зависящее от ситуации.

Большое депрессивное расстройство с атипичной симптоматикой — дифференциальная диагностика затруднена и в некоторых случаях возможна лишь после пробного курса лечения. Для пациентов с атипичной симптоматикой характерны длительные эпизоды депрессии.

в. Изменение личности, обусловленное соматическим или неврологическим заболеванием, — обследование с целью выявления выраженного органического поражения.

г. Шизотипическое расстройство личности — аффективные симптомы менее выражены.

д. Антисоциальное расстройство личности — моральный дефект и снижение чувства привязанности более выражены.

е. Истерическое расстройство личности — самоубийство и членовредительство встречаются реже. Более устойчивые межличностные отношения.

ж. Нарциссическое расстройство личности — особенности личности более устойчивы.

з. Зависимое расстройство личности — стабильные привязанности.

и. Параноидное расстройство личности — крайняя подозрительность.

9. Течение и прогноз

а. Зависят от конкретного случая; с возрастом состояние пациентов может улучшаться.

б. Возможны самоубийство, членовредительство, депрессия, соматоформные расстройства, психоз, злоупотребление психоактивными веществами.

в. Диагноз обычно ставят в возрасте до 40 лет.

10. Лечение

а. Как правило, сочетание поддерживающей и разъяснительной психотерапии. Лечение с помощью переноса или контрпереноса проблематично из-за агрессии и реальной угрозы самоубийства. Психиатр для пациента выступает в роли вспомогательного «я» и ограничен в выборе методов лечения.

280 Глава 18 III В

б. Поведенческая терапия с целью контроля за импульсивностью и вспышками гнева, снижения чувствительности к критике и мнениям окружающих; обучение социальным навыкам.

в. Применение лекарственных средств — антидепрессантов, лития, нейролептиков в малых дозах (например, галоперидол по 2 мг/сут), карбамазепина (тегретол) в терапевтических дозах.

г. Госпитализация, как правило, непродолжительная. В. Истерическое расстройство личности

1. Определение. Театральный, эмоциональный, чрезмерно экспрессивный стиль поведения.

2. Диагноз и симптомы

Таблица 18-6. Диагностические критерии истерического расстройства личности по DSM-IV

А. Впервые возникающие в подростковом возрасте чрезмерная эмоциональность и стремление к привлечению внимания, которые проявляются в различных жизненных ситуациях и о наличии которых свидетельствует не менее 5 из следующих симптомов:

1. Ощущение дискомфорта в ситуациях, когда пациент не является объектом внимания

2. Отношения с окружающими часто характеризуются неуместным проявлением сексуального обаяния во внешности или поведении

3. Лабильность и поверхностность эмоциональных переживаний

4. Постоянное использование собственной внешности для привлечения к себе внимания

5. Чрезмерно выразительный, но недостаточно точный стиль речи

6. Самодраматизация, театральность и преувеличенное выражение эмоций

7. Внушаемость, подверженность влиянию людей или обстоятельств

8. Понимание межличностных отношений как более интимных, чем в действительности

3. Эпидемиология

а. Распространённость — 2-3%.

б. Значительно чаще встречается у женщин.

в. Распространённость расстройства среди мужчин, возможно, недооценивается.

4. Этиология. Существует предположение о том, что трудности в

межличностных отношениях в раннем возрасте преодолевались с помощью театрального поведения.

5. Психодинамика

- а. Типичны фантазии, эмоциональность и театральный стиль поведения.
- б. Часто используемые методы психологической защиты — регрессия, идентификация, соматизация, конверсия, диссоциация, отрицание, экстраверсия.
- в. Ложная идентификация и амбивалентные отношения с родителем противоположного пола.
- г. Фиксация на раннем генитальном уровне развития.
- д. Страх перед сексуальностью, несмотря на склонность к обольщению.

6. Дифференциальный диагноз

- а. Пограничное расстройство личности — выраженное отчаяние, признаки суицидального и аутоагрессивного поведения; могут сосуществовать.
- б. Соматизированное расстройство — доминируют жалобы на соматическое состояние.

Расстройства личности 281

- в. Конверсионное расстройство — явные соматические нарушения.
- г. Зависимое расстройство личности — отсутствие индивидуального стиля.

7. Течение и прогноз

- а. Зависят от конкретного случая.
- б. Возможные осложнения — соматизированные, конверсионные, диссоциативные, сексуальные, депрессивные расстройства.

8. Лечение

- а. Как правило, используется индивидуальная психотерапия, ориентированная на формирование адекватной самооценки, или поддерживающая психотерапия.

- б. Иногда эффективен психоанализ.

- в. Хороший эффект даёт групповая терапия.

Вспомогательное значение имеет медикаментозное лечение, обычно анксиолитиками для устранения аффективных нарушений (например, диазепам по 5-10мг/сут).

Г. Нарциссическое расстройство личности

1. Определение. Преувеличение собственного значения и повышенная озабоченность вопросами самоуважения.

Отечественные психиатры описывали подобных субъектов, употребляя понятие «псев-дология», в рамках варианта истерической психопатии.

2. Диагноз и симптомы

Таблица 18-7. Диагностические критерии нарциссического расстройства личности по DSM-IV

А. Впервые возникающие в подростковом возрасте представление о собственном величии (выражающееся в фантазиях или в поведении), потребность в восхищении со стороны окружающих и невозможность сопереживания, которые проявляются в различных жизненных ситуациях и о наличии которых свидетельствует не менее 5 из следующих симптомов:

1. Грандиозное чувство собственной значимости (например, преувеличение пациентом собственных достижений и талантов, ожидание признания без соответствующих заслуг)
2. Поглощённость фантазиями о небывалом успехе, неограниченной власти, блеске, красоте или идеальной любви
3. Убеждённость пациента в собственной уникальности и способности общаться или быть связанным с другими особенными или имеющими высокий статус людьми (или учреждениями)
4. Потребность в чрезмерном восхищении со стороны окружающих
5. Чувство своей избранности, т.е. беспричинные ожидания очень хорошего отношения или беспрекословного подчинения требованиям

6. В личных отношениях тенденция эксплуатировать окружающих, т.е. использовать других людей для достижения собственных целей
7. Невозможность проявлять сочувствие, нежелание понимать чувства или потребности окружающих или ставить себя на их место
8. Чувство зависти к окружающим или убежденность в том, что другие завидуют ему
9. Поведение или взгляды отличаются высокомерием, самонадеянностью, надменностью

282 Глава 18 IV А

3. Эпидемиология. Наблюдается менее чем у 1 % населения.
4. Этиология. Недостаток материнской заботы, неприятие или утрата в раннем детстве.
5. Психодинамика
 - а. Существуют противоречия во взглядах относительно того, являются ли нарциссические черты характера следствием задержки развития или защитным механизмом.
 - б. Преувеличение собственной значимости наряду с неспособностью сочувствия защищает от примитивной агрессии.
 - в. Чувство своей избранности.
 - г. Компенсация чувства собственной неполноценности.
 - д. Трудности в формировании значимых привязанностей.
6. Дифференциальный диагноз
 - а. Антисоциальное расстройство личности — открытое пренебрежение законом и правами других людей.
 - б. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, — могут отмечаться признаки нарциссизма; могут сосуществовать (двойной диагноз).
 - в. Параноидная шизофрения — выраженные бредовые состояния.
 - г. Пограничное расстройство личности — повышенная тревога.
 - д. Истерическое расстройство Личности — более высокая эмоциональность, чем у нарциссической личности.
7. Течение и прогноз. Расстройство хроническое и с трудом поддается лечению. Возможные осложнения — расстройства настроения, транзиторные психозы, соматоформные расстройства, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ. Прогноз неопределенный.
8. Лечение
 - а. Индивидуальная психотерапия, поддерживающая или ориентированная на формирование адекватной самооценки.
 - б. В тяжелых случаях терапия средой.
 - в. Трудность лечения состоит в том, что необходимо сохранить самоуважение пациента, которое может пострадать от вмешательства психиатра.

IV. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ТРЕВОГИ И СТРАХА

В отечественной психиатрии рассматриваются как тормозимые или астенические личности.

А. Обсессивно-компульсивное расстройство личности

В МКБ-10 обозначается как ананкастное расстройство (¥60.5), а определение «обсессивно-компульсивное» дается в скобках как пояснение. Это позволяет избежать смешения данного расстройства с обсессивно-компульсивным невротическим расстройством (300.3 и ¥42). Диагностические признаки этого расстройства совпадают с психастенической психопатией в описаниях отечественных психиатров.

1. Определение. Доминируют стремление к совершенству и отсутствие гибкости.

2. Диагноз и симптомы

Расстройства личности 283

Таблица 18-8. Диагностические критерии обсессивно-компульсивного

расстройства личности по DSM-IV

А. Впервые возникающие в подростковом возрасте озабоченность порядком, стремление к совершенству, контролю над психической активностью и межличностными отношениями в ущерб собственной гибкости, открытости и продуктивности, которые проявляются в различных жизненных ситуациях и о наличии которых свидетельствует не менее 4 из следующих симптомов:

1. Поглощённость деталями, правилами, списками, приказами, организацией или планированием в такой степени, что основная цель работы теряется
2. Стремление к усовершенствованию, которое мешает завершить выполнение задания (например, неспособность закончить проект, поскольку он не отвечает собственным чрезмерно строгим требованиям)
3. Чрезмерная занятость работой и достижением результатов до такой степени, что исключается возможность отдыха и дружеского общения (без очевидных финансовых трудностей)
4. Чрезмерная совестливость, скрупулёзность и отсутствие гибкости в вопросах морали, этики или нравственных ценностей (не обусловленные культурными или религиозными убеждениями)
5. Неспособность избавляться от изношенных или ненужных вещей, даже если они не связаны с сентиментальными воспоминаниями
6. Нежелание делить ответственность или работу с другими, за исключением случаев, когда другие выполняют работу в полном соответствии с требованиями пациента
7. Скупость в отношении себя или окружающих; деньги откладываются про запас на чёрный день
8. Ригидность и упрямство

3. Эпидемиология

- а. Значительно чаще встречается у мужчин.
- б. Вероятна наследственная предрасположенность.
- в. Повышенный показатель сходства у монозиготных близнецов.
- г. Наиболее часто диагностируется у детей старшего возраста.
4. Этиология. В детстве пациента заставляли соблюдать жёсткую дисциплину.
5. Психодинамика
 - а. Изоляция, формирование реакций, интеллектуализация, рационализация.
 - б. Эмоциональная недоверчивость.
 - в. Проблемы неповиновения и подчинения.
 - г. Фиксация на анальной стадии развития.
6. Дифференциальный диагноз. В отличие от обсессивно-компульсивного расстройства личности данное обсессивно-компульсивное расстройство характеризуется истинными обсессиями и компульсивностью (навязчивостью). При наличии последних следует ставить диагноз обсессивно-компульсивного расстройства.
7. Течение и прогноз. Возможные осложнения — депрессивные и соматоформные расстройства.
8. Лечение

- а. Поддерживающая или ориентированная на формирование адекватной самооценки индивидуальная психотерапия.
- б. Может быть эффективна групповая терапия.
- в. Лечение должно проводиться с учётом проблем, связанных с контролем, подчинением, интеллектуализацией.
- г. Хороший эффект может дать фармакотерапия [например, клоназепам (клонопин), кломипрамин (анафранил), флуоксетин (прозак)].

284 Глава 18 IV Б

Б. Расстройство личности в виде уклонения (избегания)

1. Определение. Робкая или застенчивая личность.
2. Диагноз и симптомы

Таблица 18-9. Диагностические критерии расстройства личности в виде

уклонения (избегания) по DSM-IV

А. Впервые возникающие в подростковом возрасте ограничения социальных контактов, ощущение собственной неполноценности и сверхчувствительность к негативным оценкам, которые проявляются в различных жизненных ситуациях и о наличии которых свидетельствует не менее 4 из следующих симптомов:

1. Стремление избегать профессиональной деятельности, требующей общения с другими людьми, из-за опасения критики, неодобрения или недовольства
2. Нежелание вступать в контакт с людьми, если есть подозрения, что они не будут испытывать к пациенту чувство симпатии или любви
3. Сдержанность в интимных отношениях из-за страха перед упрёками или насмешками со стороны партнёра
4. Обеспокоенность возможностью критического отношения и неодобрения со стороны окружающих
5. Подавление эмоций при общении с незнакомыми людьми из-за чувства собственной неполноценности
6. Убеждённость в собственной неспособности к социальным контактам, отсутствии личного обаяния или превосходстве окружающих
7. Как правило, нежелание брать на себя ответственность или участвовать в новых видах деятельности из-за опасения оказаться в затруднительном положении

3. Эпидемиология

- а. Распространённость — 0,05-1% всего населения.
- б. Возможные предрасполагающие факторы — расстройство в виде уклонения (избегания) в детстве или подростковом возрасте, хроническое соматическое заболевание в детстве, деформирующее личность.
4. Этиология. Возможно резкое осуждение со стороны родителей в детстве.

5. Психодинамика

- а. Уклонение от активной деятельности и подавление своих чувств являются защитной реакцией.
- б. Глубоко укоренившийся страх неодобрения.
- в. Фоновая агрессия, появившаяся до или после возникновения эдипова комплекса.

6. Дифференциальный диагноз

- а. Шизоидное расстройство личности — отсутствие очевидного стремления к общению.
- б. Социальная фобия — избегание конкретных социальных ситуаций, а не межличностных отношений; могут сосуществовать (двойной диагноз).
- в. Зависимое расстройство личности — пациент не стремится к ограничению личных привязанностей и испытывает большой страх перед одиночеством.
7. Течение и прогноз. Пациент лучше всего чувствует себя в окружении, которое обеспечивает ему защиту. Возможное осложнение — социальная фобия.

Расстройства личности 285

8. Лечение

- а. Поддерживающая или ориентированная на формирование адекватной самооценки индивидуальная психотерапия.
- б. Часто хороший эффект даёт групповая терапия.
- в. Обучение социальным навыкам и формирование уверенности в себе.
- г. Фармакотерапия для лечения тревоги или депрессии. В. Зависимое расстройство личности

1. Определение. Преимущественно зависимая от других и покорная личность.
2. Диагноз и симптомы

Таблица 18-10. Диагностические критерии зависимого расстройства личности по DSM-IV

А. Впервые возникающая в подростковом возрасте глубокая и чрезмерная

потребность в заботе со стороны окружающих, ведущая к возникновению покорного и зависимого поведения и страху перед возможной разлукой, которая проявляется в различных жизненных ситуациях и о наличии которой свидетельствует не менее 5 из следующих симптомов:

1. Трудности с принятием решений в повседневной жизни без помощи или убеждения со стороны
2. Стремление перекладывать на других свою ответственность за решение задач в большинстве основных жизненных сфер
3. Трудности при выражении несогласия с другими из-за страха утраты поддержки или одобрения. Примечание. Необходимо исключить реальные страхи наказания
4. Трудности в начинании новых дел или при выполнении самостоятельных действий (из-за отсутствия уверенности в себе, а не из-за отсутствия мотивации или энергии)
5. Чрезмерное стремление к заботе и поддержке со стороны окружающих, доходящее до добровольного выполнения действий, которые не доставляют удовольствия
6. Ощущение дискомфорта и беспомощности в одиночестве из-за преувеличенного страха перед неспособностью позаботиться о себе
7. В случае утраты близких отношений немедленно возникающая потребность найти новую тесную связь как источник заботы и поддержки
8. Боязнь быть покинутым на произвол судьбы

3. Эпидемиология

- а. Более распространено среди женщин.
- б. Встречается часто.
- в. Возможные предрасполагающие факторы включают хроническое соматическое заболевание в детстве и тревожное расстройство, вызванное разлукой.

4. Этиология. У некоторых больных потеря родителей в раннем детстве.

5. Психодинамика

- а. Неразрешённые проблемы индивидуализации.
- б. Возможная защита против агрессивных импульсов.
6. Дифференциальный диагноз. Агорафобия — страх перед открытым пространством, страх покинуть дом или находиться вдали от него.
7. Течение и прогноз. Зависят от конкретного случая. Возможным осложнением являются депрессивные расстройства. При лечении прогноз благоприятный.

286 Глава 18 V A

8. Лечение

- а. Психотерапия, ориентированная на формирование адекватной самооценки.
- б. Также эффективны поведенческая терапия, выработка уверенности в себе, семейная и групповая терапия.
- в. Фармакотерапия эффективна для устранения специфических симптомов, например тревоги, депрессии.

V. ДРУГИЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

A. Пассивно-агрессивное расстройство личности

1. Определение. Характеризуется стремлением к постоянным спорам и возражениям, откладыванием дел на долгий срок, упрямством и непродуктивностью.

2. Диагноз и симптомы

Таблица 18-11. Диагностические критерии пассивно-агрессивного расстройства личности по DSM-IV (требуют дальнейшего исследования)

A. Впервые возникающие в подростковом возрасте негативное отношение к справедливым требованиям чем-либо заниматься и пассивное сопротивление этим требованиям, которые проявляются в различных жизненных ситуациях и о наличии которых свидетельствует не менее 4 из следующих симптомов:

1. Пассивное сопротивление решению текущих социальных или профессиональных задач
 2. Жалобы на непонимание или недооценку со стороны окружающих
 3. Угрюмость и склонность вступать в споры
 4. Беспочинная критика в отношении авторитетных лиц или презрение к ним
 5. Выражение зависти или злобы в отношении тех, кто более удачлив
 6. Склонность к преувеличению своих неприятностей и постоянные жалобы на свои несчастья
 7. Чередование непокорности и раскаяния
- Б. Расстройство не возникает на фоне больших депрессивных эпизодов, и его нельзя объяснить дистимическим расстройством
3. Эпидемиология. Предрасполагающим фактором может быть склонность к реакциям оппозиции в детстве.
 4. Этиология. Поведение, усвоенное по примеру родительского.
 5. Психодинамика
 - а. Конфликты, связанные с авторитетом, подчинением и неповиновением.
 - б. Конфликты, связанные с самостоятельностью и зависимостью.
 - в. Страх перед агрессией.
 6. Дифференциальный диагноз
 - а. Истерическое и пограничное расстройства личности — поведение более яркое, театральное и открыто агрессивное, чем у пассивно-агрессивной личности.
 - б. Антисоциальное расстройство личности — выраженное неповиновение.
 - в. Обсессивно-компульсивное расстройство личности — обычно наблюдается стремление к совершенству, которое снижает возможность противодействия.
 7. Течение и прогноз. Возможные осложнения — депрессивные расстройства, злоупотребление алкоголем.

Расстройства личности 287

8. Лечение

- а. Основная трудность обусловлена противодействием вмешательству психиатра.
 - б. Хороший эффект может дать поддерживающая психотерапия.
 - в. Выработка уверенности в себе.
- Б. Депрессивное расстройство личности
1. Определение. У лиц с этим расстройством отмечаются пессимизм, ангедония, чрезмерная приверженность к исполнению долга, неуверенность в себе и постоянное ощущение собственного несчастья.
 2. Диагноз и симптомы
- Таблица 18-12. Диагностические критерии депрессивного расстройства личности по DSM-IV (требуют дальнейшего исследования)
- А. Впервые возникающие в подростковом возрасте депрессивное мировоззрение и поведение, которые проявляются в различных жизненных ситуациях и о которых свидетельствует не менее 5 из следующих симптомов:
1. Преобладание унылого, мрачного, подавленного настроения
 2. Отношение к себе основывается на убеждении в собственной неполноценности, никчемности и низкой самооценке
 3. Тенденция к самокритике, самообвинению и преуменьшению собственных заслуг
 4. Склонность к печальным размышлениям и поиску поводов для беспокойства
 5. Негативное, критическое или осуждающее отношение к окружающим
 6. Пессимизм
 7. Склонность переживать чувство вины или сожаление
- Б. Расстройство возникает не на фоне больших депрессивных эпизодов, и его

нельзя объяснить дистимическим расстройством

3. Эпидемиология. Встречается часто, но конкретные сведения по распространённости отсутствуют.

4. Этиология. Неизвестна. Может включать раннюю утрату, плохое воспитание, тенденцию личности к самонаказанию, гипертрофированное чувство вины.

5. Психодинамика

а. Сниженное самоуважение.

б. Самонаказание.

в. Ранняя утрата объекта любви.

6. Дифференциальный диагноз

а. Дистимическое расстройство — более значительные колебания настроения, чем у депрессивной личности.

б. Расстройство личности в виде уклонения (избегания) — пациенты с этим расстройством более склонны испытывать тревогу, нежели депрессию.

7. Течение и прогноз. Возможно возникновение дистимического и большого депрессивного расстройств.

8. Лечение

а. Терапия, ориентированная на формирование адекватной самооценки.

б. Хороший эффект могут дать рациональная психотерапия, групповая терапия и интерперсональная терапия.

288 Глава 18 V B

в. Фармакотерапия: ингибиторы обратного захвата серотонина (например, флуоксе-тин по 20 мг/сут) или симпатомиметики (например, фенамин по 5-15 мг/сут; при назначении соблюдать осторожность).

В. Садистическое расстройство личности. Отношения основываются на жестоком и унижающем других людей поведении. В клинической практике встречается редко, но часто становится предметом судебных разбирательств. Предрасполагающим фактором часто служит насилие со стороны родителей.

Г. Расстройство личности в виде самопоражения. Пациенты стремятся к неблагоприятному развитию событий в собственной жизни, отказываются от помощи и испытывают дисфорию в случае благоприятного для них исхода той или иной ситуации.

Г

19

Суициды, возбуждение и другие неотложные состояния

I. ВВЕДЕНИЕ

Неотложные состояния в психиатрии — расстройства мышления, восприятия и поведения, требующие срочного вмешательства психиатра.

А. Сюда относятся угроза насилия, суицида (самоубийства), членовредительства и нанесения телесных повреждений себе или окружающим, связанная с судебными ошибками или пренебрежительным отношением.

Б. Данные нарушения могут возникать в любом месте — дома, на работе, в общественных местах, в терапевтическом или психиатрическом отделении, в кабинете неотложной психиатрической помощи.

В. Наиболее часто используемые виды медицинской помощи при неотложных состояниях:

1. Физическое удержание (фиксация) пациента.

2. Фармакотерапия.

3. Госпитализация.

4. Лечение соматического заболевания, являющегося причиной эмоционального нарушения.

5. Мероприятия в период кризиса:

а. Поддерживающая психотерапия.

б. Изменение окружающей обстановки.

в. Взаимодействие с системами поддержки — супругами, друзьями.
Г. Важную роль играют доступность медицинской помощи, центры специализированной помощи и социальная служба занятости. Д. Общая стратегия при оценке состояния пациента:

1. Обеспечить свою безопасность.
2. Предотвратить нанесение больным вреда.
 - а. Предотвратить самоубийство и самоповреждение.
 - б. Предотвратить проявления агрессии к окружающим.

II. САМОЗАЩИТА — МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ. КОТОРЫЕ ДОЛЖЕН ПРЕДПРИНИМАТЬ ВРАЧ

А. Перед тем как встречаться с пациентом, узнайте о нём как можно больше.
Б. Предоставьте осуществление методов физического удержания тем, кто знает, как это делается.
В. Будьте готовы к возможным проявлениям агрессии со стороны пациента.
Г. Позаботьтесь о безопасности окружающей вас обстановки, например оставьте незапертой дверь, уберите предметы, которые пациент мог бы использовать для нападения. Д. Во время беседы с пациентом при необходимости обеспечьте присутствие других лиц.

10—4950

289

290 Глава 19 III А

Е. Имейте поблизости помощников, к которым можно обратиться за содействием. Ж. Постарайтесь установить с пациентом доброжелательные отношения; не вступайте в конфронтацию с пациентом с параноидными расстройствами и не угрожайте ему.

III. ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ НАНЕСЕНИЯ ВРЕДА СЕБЕ И ОКРУЖАЮЩИМ

А. Предотвращение членовредительства и суицида

1. Самоповреждение. Используйте все необходимые способы для предотвращения причинения пациентом вреда самому себе (см. раздел о чрезвычайных ситуациях). Будьте особенно внимательны к этим больным; если возникает вероятность того, что больной может причинить себе вред, госпитализируйте его.

2. Суицид

а. Распространённость. Количество суицидов имеет тенденцию к увеличению весной, летом, а также при разоблачениях и скандалах в средствах массовой информации. В США каждый год совершается 30000 суицидов.

б. Возраст

i. Риск суицидов возрастает в возрасте 40-45 лет; он особенно высок у пожилых людей. II. Риск суицидов также высок в подростковом и юношеском возрасте.

в. Пол

i. Мужчины совершают суициды чаще женщин. и. Женщины предпринимают суицидальные попытки чаще, чем мужчины. III. Мужчины чаще прибегают к более «надёжным» способам самоубийства.

Мужчины чаще расстаются с жизнью путём самоповешения и применения огнестрельного оружия; женщины предпочитают приём больших доз медикаментов (т.е. они как бы заботятся о своём внешнем виде после смерти).

iv. В настоящее время риск завершённых суицидов среди женщин возрастает, особенно среди пожилых, v. Высокий риск суицидов у вдовцов.

г. Раса. Высокий риск суицидов у белых по сравнению с не белыми, у коренных жителей Америки и эскимосов.

д. Национальность

i. Высокий уровень суицидов среди жителей Восточной Европы, Скандинавии, Японии. и. У иммигрантов уровень суицидов выше, чем среди коренных

жителей.

е. Сезонность. Уровень самоубийств не зависит от времени года. Отмечается незначительное повышение их количества весной, а затем спад, но, вопреки бытующему мнению, число суицидов в декабре и в период праздников не повышается.

ж. Другие факторы риска

i. Попытка суицида или суицидальное поведение в недавнем прошлом.

ii. Использование наиболее опасных средств совершения суицида, например яда, оружия.

iii. Использование методов самоубийства, при которых вероятность оказания эффективной помощи по спасению минимальна.

iv. Тщательно разработанный план.

Суицилы, возбуждение и другие неотложные состояния 291

V. Ряд попыток или намерений совершить суицид в течение жизни: 2% из тех, кто пытается покончить с собой, окончательно сводят счёты с жизнью в течение года со времени предыдущей попытки, 50% повторяют попытку, 10% из тех, кто пытается совершить суицид, в конечном итоге погибают. vi. Желание умереть.

vii. Мысли об успокоении в загробной жизни. viii. Необычный способ суицида (предполагает наличие психоза), ix. Диагноз: большое депрессивное расстройство (15% больных кончают жизнь самоубийством); биполярное расстройство (10% больных совершают суицид); психотическое состояние (более 10% больных, страдающих шизофренией, кончают жизнь самоубийством); расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (15% больных совершают суицид); антисоциальное расстройство личности, циклотимическое расстройство, пограничное расстройство личности (10% больных совершают суицид); попытки совершить суицид обычно наблюдаются в начальной стадии делирия и деменции, а также могут сопровождать паническое расстройство.

x. История болезни: наличие соматических заболеваний, в особенности если они начались недавно, носят хронический характер или неизлечимы; если они сопровождаются сильными болями, истощением; если это новообразование, вызывающее боль; сюда же относится злоупотребление лекарственными препаратами. xi. Недавнее стрессовое событие в жизни, например потеря супруга(и), в особенности сопровождающееся расстройством контроля над своими побуждениями. xii. Социальные условия: проживание в городских условиях, изолированность, принадлежность к высшим или низшим слоям общества, недавнее переселение из привычной среды обитания, тюремное заключение.

xiii. Семейное положение: раздельное проживание супругов, развод, вдовство, одиночество. xiv. Профессиональный статус: безработный (в особенности если потерял работу

недавно), высокий профессиональный уровень. XV. Семейный анамнез: суициды в семье, ранняя потеря родителей, аффективные

расстройства у родственников, неупорядоченные отношения в семье. xvi.

Признаки психических расстройств: императивные слуховые галлюцинации, ощущение безнадежности, суицидальные мысли (оцените серьёзность намерения пациента, план действий, метод, средства, вероятность летального исхода, реальность осуществления задуманного, решимость).

Б. Предотвращение насильственных действий в отношении окружающих 1. Во время обследования оцените вероятность совершения пациентом насильственных действий. Если риск значителен, выберите соответствующие состоянию больного методы воздействия:

а. Скажите пациенту, что насилие недопустимо.

б. Найдите подход к пациенту, не вызывая его опасений.

в. Переубедите, успокойте пациента или помогите ему обрести чувство

реальности.

г. Предложите лекарства.

д. Сообщите пациенту, что в случае необходимости к нему будут применены методы физического удержания или изоляция.

292 Глава 19 III Б

е. Продемонстрируйте силу — имейте в распоряжении людей, готовых обеспечить удержание больного.

ж. После фиксации внимательно следите за состоянием больного и чаще проверяйте показатели жизненно важных функций. Изолируйте его от возбуждающих внешних раздражителей. Немедленно спланируйте дальнейшее лечение: использование лекарственных средств, переубеждение, медицинское обследование.

2. Признаки вероятного насильственного поведения:

а. Акты насилия, совершённые пациентом недавно, причинение вреда имуществу.

б. Словесные или физические угрозы.

в. Ношение оружия или других предметов, которые могут использоваться как таковое, например вилки, пепельницы.

г. Усиливающееся психомоторное возбуждение.

д. Алкогольное опьянение, медикаментозная интоксикация.

е. Параноидное расстройство у пациента с психотическим состоянием.

ж. Императивные слуховые галлюцинации.

з. Заболевания головного мозга, например опухоли, деменция, в том числе с поражением лобных долей (с поражением височных долей менее часто; данные противоречивы).

и. Пациент с кататоническим возбуждением. к. Мания.

л. Ажитированная депрессия.

м. Пациенты с расстройствами личности склонны к приступам гнева, насилию или импульсивным действиям.

3. Оцените вероятность совершения насильственных действий:

а. Определите побуждающие мотивы насилия, желание его совершить, намерение, план, доступность средств, возможность осуществления плана, желание вылечиться.

б. Примите во внимание демографические факторы: пол (мужской), возраст (15-24 года), социальный статус (низший), поддержка со стороны окружающих (незначительная).

в. Проанализируйте историю болезни пациента: имели ли место ранее акты насилия, антисоциальные действия, не связанные с насилием, проблемы, связанные с импульсивностью, отсутствием контроля над своими побуждениями (например, увлечение азартными играми, злоупотребление психоактивными веществами), попытки суицида или членовредительства, психоз.

г. Учтите очевидные стрессовые факторы, например супружеский конфликт.

4. Лечение

а. Госпитализация.

i. Возможно, необходимо поместить пациента в изолятор. и. Возможно, потребуется принудительная госпитализация пациента (см. главу 26). ш. Для предотвращения агрессии со стороны пациента, совершения им поджогов или бегства часто необходимы особые меры предосторожности.

б. Критическое вмешательство включает следующие мероприятия:

i. Мотивированное и активное участие больного в терапии. и. Опора на надёжных участников процесса лечения. ii. Постоянное врачебное наблюдение за состоянием пациента. iv. Избегание ситуаций, провоцирующих болезненные проявления. v. Медикаментозная терапия, электросудорожная терапия (ЭСТ).

Суициды, возбуждение и другие неотложные состояния 293

IV. ДРУГИЕ СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Таблица 19-1. Наиболее распространённые состояния, требующие неотложной психиатрической помощи

Состояние	Симптомы	Лечебные мероприятия
L-ДОФА, интоксикация	Мания, депрессия, шизофрени-формный психоз; у пациентов с биполярным расстройством I типа может наблюдаться быстрое чередование эпизодов	Понижение дозы или прекращение приёма препарата
Агорафобия	Паника, депрессия	Алпразолам по 0,25-2 мг, пропранолол, анти-депрессанты
Агранулоцитоз (вызванный клозапином)	Сильная лихорадка, фарингит, множественные язвы полости рта и перианальные язвы	Немедленное прекращение приёма клозапи-на; приём лекарственных средств для увеличения числа гранулоцитов
Акатизия	Возбуждение, мышечное беспокойство и дискомфорт, дисфория	Уменьшение дозы антипсихотического средства, пропранолол (30-120 мг в день); бензодиазепины, дифенгидрамин внутрь или в/в, бен-зтропин в/м С целью уменьшения акатизии можно увеличить дробность приема препарата (например, дневную дозу разделить не на 3, а на 6 приёмов). Присоединение к терапии вита-минно-минерального комплекса (типа цент-рума, витрума и т.д.), препаратов кальция, сосудорасширяющих препаратов типа пен-токсифимина (трентал, агапурин, арбифлекс), ноотропов (пирацетам, энцефабол)
Алкогольная абстиненция \	Раздражительность, тошнота, рвота, инсомния, недомогание, вегетативная гиперактивность, тремор	Поддержание водно-электролитного баланса, седативное воздействие с использованием бен-зодиазепинов, меры физического удержания, контроль за жизненно важными функциями организма, 100 мг тиамина

в/м Помимо поддержания водно-электролитного баланса, следует проводить дезинтокси-кационную терапию. Во время абстиненции у больных нет психических расстройств, следовательно, их поведение не определяется имеющимися психопатологическими переживаниями, т.е. нет необходимости физического удержания больных

294 Глава 19 IV

Таблица 19-1. Продолжение

Состояние	Симптомы	Лечебные мероприятия
Алкогольный делирий	Помрачение сознания, дезориентировка, флюктуация сознания и восприятия, вегетативные нарушения; возможен летальный исход Алкогольный делирий относится к синдромам помрачения сознания. При лёгких алкогольных делириях имеются периоды, во время которых больной правильно ориентируется в окружающей обстановке — так называемые люцидные окна. При тяжёлых алкогольных делириях люцидных «окон» не бывает	Хлордиазепоксид при необходимости, для уменьшения психотических симптомов можно добавить галоперидол Только при лёгких формах алкогольного делирия можно ограничиться внутривенным введением хлордиазепоксида и диазепама. При тяжёлых делириях и делириях средней тяжести необходимы: 1. Восполнение объёма циркулирующей крови для восстановления кровоснабжения органов и тканей. 2. Коррекция дыхательных и метаболических нарушений. 3. Коррекция микроциркуляторных нарушений. 4. Коррекция нарушений гемокоагуляции. 5. Терапия сердечнососудистой

Алкогольная стойкая деменция	Спутанность сознания, ажитация, импульсивность	недостаточности. 6. Восстановление функции почек. 7. Необходимо наладить парентеральное питание, так как имеется нарушение всасываемости в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ). Из психотропных препаратов следует отдавать предпочтение транквилизаторам, помня, что при их использовании возможно подавление активности дыхательного центра и западание языка. При тяжёлых алкогольных делириях побочные действия нейролептиков проявляются чаще и более ярко выражены Исключение других причин деменции; эффективное лечение отсутствует, госпитализация в случае необходимости В настоящее время при терапии можно достичь определённых результатов, используя ноотропы (пирацетам, энцефабол, сермион), сосудорасширяющие препараты (пентоксифиллин, стугерон), витамины с минералами и метод гипербарической оксигенации Со временем и при обеспечении защитных мер симптомы ослабевают
Алкогольное опьянение	Расторможенное поведение, седативный эффект при приёме больших доз алкоголя	

Суициды, возбуждение и другие неотложные состояния 295

Таблица 19-1. Продолжение

Состояние	Симптомы	Лечебные мероприятия
Алкогольное психотическое	Яркие слуховые (иногда зритель-	Галоперидол для снятия психотических симп-

кое расстройство с галлю- цинациями	ные) галлюцинации с аффектом, соответствующим их содержа- нию (чаще страх); ясное сознание	томов	
Алкогольные судорожные припадки	Развернутый эпилептический припадок, редко эпилептический статус	Диазепам, профилактики использование хлордiazепоксида время детоксикации	для во
Возникающий при алко- голизме судорожный син- дром правильнее назы- вать эпилептиформ- ным, так как в подавляющем большинстве случаев при нём на ЭЭГочаг эпилеп- тической активности не обнаруживаетс- я. Следу- ет различать эпилепти- формные припадки, возни- кающие в абстинетном периоде, перед развитием алкогольного делирия и на высоте алкогольного де- лирия. Терапия во всех случаях определяется ос- новным расстройством с			

учетом наличия эпилеп- тиформных припадков Амнестическое расстрой- ство, вызванное злоупот- реблением алкоголем	Спутанность сознания, выражен- ные расстройства памяти, распро-	Госпитализация, гипноз, беседа с использова- нием амобарбитала, исключение других при-
Амфетамины (или веще- ства, принадлежащи е к ряду амфетаминов), инток- сикация	страняющиеся даже на сведения о самом себе Бредовые расстройства, паранойя, возбуждение, депрессия (в связи с абстиненцией), тревога, делирий	чин расстройства Нейролептики, меры физического удержания, госпитализация в случае необходимости, по- степенное отвыкание не требуется, может по- требоваться применение антидепрессантов
Антихолинерги- ческая ин- токсикация	Психотическая симптоматика, сухость кожи и уменьшение слю- ноотделения, гиперпирексия, мид- риаз, тахикардия, зрительные гал- люцинации, беспокойство	Прекращение приёма антихолинергического препарата, физостигмин в/в 0,5-2 мг, в тяжё- лых случаях, при лихорадке бензодиазепины; нейролептики противопоказаны
Бензодиазепин- овая инток- сикация	Седативный эффект, сомнолент- ность и атаксия	Меры поддерживающего воздействия, флума- зенил 7,5-45 мг в день

296 Глава 19 IV

Таблица 19-1. Продолжение

Состояние	Симптомы	Лечебные мероприятия
Бредовые расстройства	Чаще всего пациенты с этими расстройствами оказываются в пункте неотложной психиатрической помощи не добровольно; угрозы окружающим	Использование нейролептиков (в случае необходимости в/и), если пациент согласен на лечение; интенсивное вмешательство семьи; госпитализация в случае необходимости
Бромидная интоксикация	Делирий, мания, депрессия, психоз	Введение сыворотки (более 50 мг в день); прекращение использования бромидов в/в или пе-рорально хлорид натрия в больших количе-

Витамин B12, недостаточность	Спутанность сознания, изменения настроения и поведения, атаксия	ствах, при ажитации использование паральдегида либо нейролептиков Лечение витамином B12
Внезапная смерть, вызванная психогенными причинами	Ей предшествуют: инфаркт миокарда после внезапного стресса; вера в исцеление знахарями и мистическими силами; чувство безнадёжности, в особенности связанное с серьёзным соматическим заболеванием	Специфические методы лечения
Внезапная смерть, вызванная употреблением антипсихотических средств	Ей предшествуют: судорожные припадки, асфиксия, сердечно-сосудистые нарушения, ортостатическая гипотензия, ларингеальная и фарингеальная дистония, угнетение рвотного рефлекса	Специфические методы лечения
Гипервентиляция	Тревога, ужас, помрачение сознания, головокружение, обморочное состояние, нечёткость зрения	Необходимо некоторое время дышать в бумажный пакет для устранения алкалоза; обучение методам самопомощи, использование антипсихотических средств
Гипертермия Причиной гипертермии могут быть обезвоживание организма, соматические или неврологические заболевания, тяжелое осложнение психофарма-	Крайнее возбуждение или ката-тонический ступор либо их чередование; значительное повышение температуры тела, гипер-ажитированное состояние с агрессией	Гидратация, охлаждение больного, расстройство может возникать как реакция на воздействие лекарственного препарата, поэтому следует прекратить приём любых лекарственных средств; исключение инфекции как причины заболевания

котерапии и др. Рассматривать гипертермию как отдельный синдром нецелесообразно, так как её терапия зависит от причины		
---	--	--

Суициды, возбуждение и другие неотложные состояния 297

Таблица 19-1. Продолжение

Состояние	Симптомы	Лечебные мероприятия
Гипертонический криз	Угрожающая жизни больного гипертензия, вызванная употреблением тираминсодержащих продуктов питания в сочетании с ингибиторами моноаминоксидазы (МАО), головная боль, ригидность шеи, шутливость, тошнота, рвота	а-Адреноблокаторы (например, фентоламин), нифедипин 10 мг перорально, хлорпромазин; следует удостовериться в том, что симптомы расстройства не обусловлены иной гипертензией (побочный эффект, вызванный приёмом только ингибиторов МАО)
Гипотермия	Спутанность сознания, летаргия, агрессивность, низкая температура тела и дрожь, парадоксальное ощущение тепла	.Внутривенное введение жидкости и согревание организма, тщательный контроль за сердечной деятельностью; не следует давать алкоголь
Гомицидное и агрессивное поведение	Выраженная ажитация, сопровождающаяся словесными угрозами	Изоляция, физическое удержание, использование лекарственных средств
Гомосексуальная паника	У мужчин и женщин, сексуальная ориентация которых не доставляет им беспокойства, не наблюдается; возникает у тех, кто упорно отрицает наличие у себя гомосексуальных наклонностей; проявление последних может	Обсуждение ситуации, упорядочение обстановки и в некоторых случаях, при сильной панике, использование лекарственных средств (например, алпрозолама 0,25-2 мг), в том числе и нейролептиков; пациента должен обследовать врач противоположного пола, исключив при этом физический контакт на время обследования; при попытках осмотреть

Делирий	быть вызвано разговором, физическим контактом или игрой среди представителей того же пола, что и пациент, например во время совместных занятий спортом, в случае, если пациент спит в одной постели с лицом того же пола, или во время прикосновения друг к другу в душе или ванной; пациенту кажется, что окружающие пытаются вступить с ним в гомосексуальный контакт, и защищается Флюктуация сознания, риск убийства и суицида, когнитивные нарушения, зрительные, тактильные и слуховые галлюцинации, паранойя	область живота или провести ректальное исследование известны случаи нападения таких пациентов на медицинский персонал (например, на человека, который, по мнению пациента, может искусно скрывать свои гомосексуальные наклонности)
		Учёт всех факторов, которые потенциально могут способствовать развитию заболевания, и принятие соответствующих мер в отношении каждого из них; успокаивание, создание опоры для ориентации; бензодиазепины и нейролептики в малых дозах; сильнодействующие нейролептики следует использовать с крайней осторожностью из-за потенциально непредсказуемого воздействия, которое они оказывают, и усиления ажитации после их приёма

298 Глава 19 IV

Таблица 19-1. Продолжение

Состояние	Симптомы	Лечебные мероприятия
Деменция	Неспособность позаботиться о себе, вспышки ярости, депрессия и суицидальные мысли, спутанность сознания	Небольшие дозы мощных нейролептиков, создание опоры для ориентации, оценка соматического состояния с учётом воздействия на организм лекарственных средств, используемых пациентом;

Депрессивные расстройства	Суицидальные мысли и попытки, безразличие к себе, злоупотребление психоактивными веществами	вмешательство семьи Оценка вероятности причинения вреда самому себе, госпитализация в случае необходимости; учёт степени влияния непсихотических причин депрессии
Депрессивный эпизод с психотическим и симптомами	Симптомы большого депрессивного расстройства с бредовыми переживаниями; ажитация, глубокое чувство вины, идеи отношения, риск убийства и суицида	Использование нейролептиков и антидепрессантов, оценка вероятности совершения убийства и суицида; госпитализация и ЭСТ в случае необходимости
Дискинезия поздняя	Дискинезия рта, языка, лица, шеи и туловища, хореоподобные движения конечностей; обычно, но не всегда возникает после длительного приёма нейролептиков, в особенности после снижения их дозы, наиболее высокая заболеваемость в преклонном возрасте и при повреждениях головного мозга; симптомы могут усиливаться после использования противопаркинсонических средств и маскироваться, но не излечиваться при повышении дозы нейролептиков	Эффективное лечение отсутствует; расстройство можно предотвратить, назначив наименьшую клинически приемлемую дозу препарата на самый непродолжительный период, а также предоставив пациенту возможность время от времени отдыхать от препарата; необходимо понизить дозу нейролептика или прекратить его применение при первых признаках дискинезии; гипербарическая оксигенация
Дистония острая	Сильный непроизвольный спазм мышц шеи, языка, лица, нижней челюсти, глаз или туловища	Понижение дозы нейролептика; бензтропин или дифенгидрамин в/м
Желтуха	Редко встречающееся осложнение после	Использование небольших доз менее активного препарата другого класса

Закись азота, интоксикация	приёма сильнодействующих нейрорептиков из группы производных фенотиазина (например, хлорпромазина) Эйфория и состояние «парения»	Симптомы исчезают без лечения в течение нескольких часов после воздействия закиси азота
----------------------------	---	---

Суициды, возбуждение и другие неотложные состояния 299

Таблица 19-1. Продолжение

Состояние	Симптомы	Лечебные мероприятия
Идиосинкразическая алкогольная интоксикация	Агрессивное или опасное для окружающих поведение	Кроме применения мер сдерживания, в целом лечения не требуется
Изнасилование	Пострадавшие не всегда сообщают о происшедшем; скрытая реакция на изнасилование проявляется в потере аппетита, нарушении сна, тревожности, иногда агорафобии; длительные периоды молчания, усиление тревоги, запинаясь речь, внезапная её остановка, когда во время собеседования речь заходит о случившемся; боязнь насилия и смерти, заражения венерической болезнью или беременности	Изнасилование представляет собой одну из самых серьёзных ситуаций, когда требуется неотложная психиатрическая помощь; после того, что произошло, жертва может испытывать определённого рода сексуальные дисфункции; кризисная терапия, социальная поддержка, обсуждение, активизация черт характера, которые позволят справиться с несчастьем; побуждение вернуться к прежней жизнедеятельности как можно скорее; консультация с представителями правоохранительных органов; тщательное соматическое обследование для идентификации нападавшего (например, взятие образцов волос в области гениталий, влагалищный мазок для идентификации антигенов в сперме); если жертва изнасилования — женщина, метоксипрогестерон или диэтилstilbэстрол перорально в течение 5 дней для предотвращения беременности; если

		менструация не появляется в течение 5 дней после прекращения приёма эстрогена, пострадавшей следует предложить прерывание беременности; при заражении венерической болезнью следует использовать соответствующие антибиотики; врачу необходимо получить письменное, юридически заверенное согласие пострадавшего(ей) на изучение, фотографирование и сбор вещественных доказательств и предоставление информации властям; после получения согласия следует записать рассказ о случившемся со слов пациента, сделать необходимые анализы, записать результаты обследования, сохранить все предметы одежды, отложить окончательную постановку диагноза и предотвратить возможное инфицирование; облегчить психическую травму и исключить возникновение беременности; эмоциональная реакция на изнасилование у мужчин и женщин в целом одинакова, хотя мужчины менее склонны говорить о происшедшем, в особенности если имело место гомосексуальное нападение, из-за боязни, что их могут обвинить в провоцировании
--	--	---

300 Глава 19 IV

Таблица 19-1. Продолжение

Состояние	Симптомы	Лечебные мероприятия
Инсомния	Депрессия, раздражительность, ажитированное состояние рано утром, кошмары во сне, усталость	Использование снотворных средств только на короткое время, например триазолама 0,25-0,5 мг на ночь, лечение любого сосуществующего

Инцест и сексуальное насилие в детстве	Суицидальное поведение, личностный кризис у подростков, злоупотребление психоактивными веществами	психического расстройства, гигиена сна Подтверждение акта изнасилования, защита жертвы, контакт с социальными службами, обследование соматического и психического состояния пострадавшего, вмешательство во время кризиса
Истерия групповая	У группы людей проявляется крайне выраженное переживание горя или другое деструктивное поведение	Разобщение группы при помощи медицинских работников, обсуждение, кризисная терапия, в случае необходимости небольшие дозы нейрорептиков
Каннабис (индийская конопля), интоксикация	Бредовое состояние, паника, дисфория, когнитивные нарушения	В случае необходимости использование бензодиазепинов и нейрорептиков, оценка вероятности убийства или суицида; симптомы обычно ослабевают постепенно и после переубеждения
Кататоническая шизофрения	Выраженное психомоторное нарушение (возбуждение либо ступор); состояние истощения может привести к смерти	Быстрое успокоение с использованием антипсихотических средств, контроль за жизненно важными функциями организма; амобарбитал может избавить пациента от кататонического мутизма или ступора, но вызвать возбуждение. Одним из эффективных методов лечения кататонических расстройств является ЭСТ
Клонидин, абстиненция при злоупотреблении и	Раздражительность, психоз, психомоторное возбуждение, припадки	Симптомы постепенно ослабевают, но может потребоваться использование нейрорептиков, постепенное снижение дозы
Кокаиновая интоксикация и синдром отмены	Паранойя и возбуждение, сильная тревога, маниакальное состояние, делирий, шизофрениформный психоз,	Нейрорептики и бензодиазепины; антидепрессанты и ЭСТ при стойкой депрессии во время абстинентного состояния; госпитализация

тахикардия, гипертония, инфаркт миокарда, церебро- васкулярные нарушения, депрес- сия и суицидальные мысли
--

Т

Суициды, возбуждение и другие неотложные состояния 301 Таблица 19-1.

Продолжение

Состояние	Симптомы	Лечебные мероприятия
Корсаковский синдром	Алкогольные стигмы, амнезия, конфабуляция	Эффективное лечение отсутствует, часто требуется помещение больного в специальное лечебное учреждение. Можно достичь определенных результатов, используя ноотропы, сосудорасширяющие препараты, витамины с минералами и метод гипербарической оксигенации
Кофеиновая интоксикация	Сильная тревога, как при паническом расстройстве, мания; делирий, анкетированная депрессия, инсомния	Отказ от употребления кофеинсодержащих веществ; бензодиазепины
Кратковременное психотическое расстройство	Эмоциональный хаос, крайняя эмоциональная лабильность, нарушение чувства реальности после очевидного психосоциального стресса	Часто необходима госпитализация; может потребоваться использование нейролептиков в небольших дозах, но расстройство часто проходит спонтанно
Лейкопения и агранулоцитоз	Побочные эффекты, проявляющиеся в течение первых 2 мес после начала лечения нейролептиками	Следует немедленно выяснить, ощущает ли пациент боль в горле, жар и т.д., и незамедлительно сделать анализ крови; прекращение использования нейролептиков, госпитализация в случае необходимости
Литий, интоксикация	Рвота, боли в животе, профузный понос, сильный тремор, атаксия,	Промывание желудка зондом с широким отверстием, осмотический диурез; может потре-

Личностный кризис у подростков	кома, припадки, спутанность сознания, дизартрия, локальная неврологическая симптоматика Суицидальные мысли и попытки, злоупотребление психоактивными веществами, манкирование школой, проблемы с правоохранительными органами, беременность, бегство из дома, расстройства поведения в связи с приёмом пищи, психоз	бываться интенсивная терапия Оценка вероятности суицида, степени зависимости от психоактивного вещества, изучение семейной динамики; кризисная семейная и индивидуальная терапия, госпитализация в случае необходимости, консультации с должностными лицами, не связанными с семьёй
Маниакальный эпизод	Психомоторное возбуждение, импульсивное поведение, неразборчивость в сексуальных связях и чрезмерная трата денег, психоз, злоупотребление психоактивными веществами	Госпитализация, физическое удержание в случае необходимости, быстрое успокоение с использованием нейролептиков и лития, контроль за уровнем лития в крови

302 Глава 19 IV

Таблица 19-1. Продолжение

Состояние	Симптомы	Лечебные мероприятия
Мигрень	Пульсирующая односторонняя головная боль	Суматриптан 6 мг в/м
Мускатный орех, интоксикация	Ажитация, галлюцинации, мучительные головные боли, в тяжёлых случаях ощущение онемения	Симптомы исчезают без лечения в течение нескольких часов после употребления мускатного ореха
Насилие физическое в детском или зрелом возрасте	Признаки физической травмы	Лечение нарушений, психиатрическое обследование
Нейролептический синдром	Гипертермия, ригидность мышц, вегетативные	Прекращение использования антипсихотических средств, дантролен в/в,

Судя по перечисленным симптомам, под названием «нейролептический синдром*» авторы понимают как лёгкие, так и тяжёлые осложнения психофармакотерапии; при последних вероятность летального исхода высока. Исходя из этого, затруднительно предлагать какие-то общие методы терапии для различных состояний Нервная анорексия	нарушения, симптомы паркинсонизма, кататонический ступор, признаки неврологических нарушений; в 10-30% случаев вероятность летального исхода; повышение уровня креатинфосфокиназы крови	бромокриптин перорально, гидратация и охлаждение больного, контроль за уровнем креатинфосфокиназы
Нитраты летучие, интоксикация	Колебания настроения и поведения, состояние «парения», пульсирующая головная боль	Симптомы постепенно исчезают после прекращения использования летучих нитратов

Состояние	Симптомы	Лечебные мероприятия
Опиаты, интоксикация и синдром отмены	Интоксикация может вызвать кому и смерть; абстинентное состояние не представляет угрозы для жизни	Налоксон — антагонист наркотических анальгетиков в/в, анализ сыворотки крови и мочи; психическое расстройство или соматическое заболевание {например, СПИД) могут осложнить клиническую картину
Паническое расстройство	Паника, ужас, острое начало	Паническое расстройство следует дифференцировать от других расстройств, вызывающих тревогу, как соматических, так и психических; ЭКГ для подтверждения того, что симптомы не вызваны недостаточностью створок митрального клапана; пропранолол (10-30 мг), алпразолам (0,25-2,0 мг), длительное лечение может включать использование антидепрессантов
Паркинсонизм	Ригидность, тремор, брадикинезия, гипомимия, притупление эмоций, шаркающая походка, слюнотечение, вызванное употреблением нейролептиков	Использование на протяжении 1 -3 мес пероральных лекарственных средств для лечения паркинсонизма, уменьшение дозы нейролептиков
Периоральный тремор (синдром кролика)	Локализованный тремор лицевых мышц (кроличья гримаса). Обычно возникает как результат длительного лечения антипсихотическими средствами	Уменьшение дозы нейролептиков или переход на препарат другого класса
Пограничное расстройство	Мысли и намерения совершить	Оценка вероятности убийства и суицида (гос-

ство личности	суицид или убийство, злоупотреб- ление психоактивными вещества- ми, микропсихотически е эпизоды, ожоги, надрезы на теле	питализация, если риск значителен); неболь- шие дозы антипсихотических препаратов, чёт- кий план последующего врачебного наблюде- ния за пациентом
Послеродовой психоз	Деторождение может спровоци- ровать шизофрению, реактивные психозы, манию или депрессию; аффективные нарушения наибо- лее часты; риск суицида умень- шается во время беременности, но повышается в послеродовой период	Следует оценить опасность, которую представ- ляет родильница для себя и окружающих (включая младенца), и принять необходимые меры предосторожности; дифференцировать следует с соматическим заболеванием, кото- рое может вызвать отклонения в поведении; в случае обнаружения такового требуется адекватное лечение; необходимо обратить внимание на воздействие, которое оказала бо- лезнь родильницы на отца, младенца, её роди- телей и остальных детей

304 Глава 19 IV

Таблица 19-1. Продолжение

Состояние	Симптомы	Лечебные мероприятия
Посттравматич- еское стрес- совое расстройство	Паника, ужас, суицидальные мысли	Переубеждение пациента, побуждение его вер- нуться к выполнению своих обычных обязан- ностей; по возможности следует избежать помещения пациента в больницу, чтобы пре- дотвратить возникновение хронической нетру- доспособности, контроль за суицидальными на- мерениями
Приапизм (вызванный тазодоном)	Длительная эрекция пениса, со- провождаемая мучительной болью	Интракорпорально адреналин, механическое или хирургическое дренирование
Пролапс	Сопровождается	ЭКГ, алпразолам или

(выбухание створ-ки) митрального клапана	паническим расстройством, страхом и трево-гой, одышкой и учащённым серд-цебиением	пропранолол, психотера-пия
Пропранолол, интокси-кация	Глубокая депрессия, состояние спутанности	Уменьшение дозы или прекращение приёма пропранолола, контроль за суицидальными на-мерениями
Противосудорожные сред-ства, интоксикация	Психоз, делирий	Сокращение дозы противосудорожного сред-ства
Психическое расстрой-ство с галлюцинация ми, вызванное употреблением галлюциногено в	Клиническая картина отражает связь между разнообразностью психоактивного вещества, приня-той дозой, продолжительность ю действия, преморбидными особен-ностями личности, окружающей обстановкой; паника, ажитация, атропиновый психоз	Анализы сыворотки крови и мочи, исключение сопутствующего соматического или психичес-кого расстройства, бензодиазепины (2-20 мг) перорально, переубеждение и ориентация па-циента, быстрое успокоение транквилизатора-ми; часто успокоение наступает спонтанно
Психотропные препараты, синдром отмены	Боль в животе, инсомния, дремот-ное состояние, делирий, судорож-ные припадки; могут возникать симптомы поздней дискинезии; маниакальные или шизфренипо-добные симптомы	Симптомы абстиненции, связанные с употреб-лением психотропного препарата, проходят со временем и после возврата к обычным дозам; симптомы отмены антидепрессантов поддают-ся лечению антихолинергическими средства-ми, такими, как атропин; постепенная отмена психотропных веществ в течение 2-4 нед обычно предотвращает возникновение симп-томов

Резерпин, интоксикация	Большой депрессивный эпизод, суицидальные мысли, тревожные сновидения	Оценка вероятности суицида; понижение дозы резерпина или смена препарата; могут быть показаны антидепрессанты или ЭСТ
---------------------------	--	--

Суициды, возбуждение и другие неотложные состояния 305

Таблица 19-1. Продолжение

Таблица 19-1. Продолжение

Состояние	Симптомы	Лечебные мероприятия
Синдром приобретённого иммунодефицита (СПИД)	Изменения в поведении, вызванные органическими причинами, изменения в поведении, вызванные страхом и тревогой, суицидальное поведение	Лечение неврологического заболевания; коррекция сопутствующих психических нарушений, усиление социальной поддержки
Судорожные припадки	Спутанность сознания, тревога, дереализация и деперсонализация, ощущение неотвратимой гибели, вкусовые или обонятельные гал-	Немедленная ЭЭГ; госпитализация, ЭЭГ в условиях депривации сна и 24-часовая ЭЭГ; дифференцировать с псевдоприпадками; противосудорожные препараты

	люцинации, состояние, подобное фуге	
Суицид	Суицидальные мысли, ощущение безнадежности	Госпитализация, антидепрессанты
Тиреотоксикоз	Тахикардия, гастроинтестинальная дисфункция, гипертермия, паника, тревога, ажитация, мания, деменция, психоз	Тест функции щитовидной железы (Т3, Т4, тиреостимулирующий гормон; медицинская консультация
Толуол, интоксикация	Тревога, спутанность сознания, когнитивные нарушения	Неврологические расстройства не прогрессируют и обратимы в случае раннего прекращения использования толуола
Тяжелая утрата	Чувство вины, раздражительность, инсомния, жалобы на соматическое состояние	Следует дифференцировать от большого депрессивного расстройства; применение антидепрессантов не показано, использование бензодиазепинов для нормализации сна, обсуждение состояния пациента
Фенелзин, психическое расстройство, вызванное его употреблением	Психоз и мания при наличии предрасположенности	Уменьшение дозы фенелзина или прекращение его приема
Фенилпропаноламин, интоксикация	Психоз, паранойя, инсомния, беспокойство, нервозность, головная боль	Симптомы ослабевают после снижения дозы или прекращения приема фенилпропанолами-на (содержится в отпускаемых без рецепта средствах для похудения, пероральных и назальных противоотечных средствах)

Суициды, возбуждение и другие неотложные состояния 307
 Таблица 19-1. Продолжение

ЗОВ Глава 19 IV
Таблица 19-1 Окончание

I. ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А. Дополнение информации, полученной от пациента, членами его семьи, опекунами, учителями и другими источниками.

Б. Врач должен хорошо знать процессы нормального развития детей и подростков для адекватной оценки особенностей отклонений от нормы в конкретных возрастных периодах. В табл. 20-1 представлены этапы нормального развития.

В. При сборе психиатрического анамнеза необходимо учитывать современные диагностические критерии.

Г. Изучение семейного психиатрического анамнеза необходимо для получения сведений о наследственной предрасположенности и влиянии окружающей среды, с которыми связано возникновение многих расстройств (табл. 20-1).

Выделенные принципы не полностью отражают возрастную специфику психиатрической диагностики и требуют дополнения.

Диагностика в младенческом возрасте основывается главным образом на

внешних проявлениях: застывший взгляд, амимичность, вялость, снижение аппетита, безудержный плач и пр.

В детском возрасте наряду с оценкой поведения необходимо учитывать особенности контакта с ребёнком, характер его игровой деятельности, интересы, склонности, особенности рисунка, детские страхи, вредные привычки. Для подросткового возраста комплекс диагностических признаков, кроме того, включает:

1. Возрастные особенности клинической картины, в том числе маскированность, фрагментарность, изоморфность и психопатологическую незавершённость симптоматики, а также усложнение её с возрастом.

2. Фазы развития ребёнка (в том числе возрастные кризы). Некоторые формы психической патологии имеют определённую связь с возрастными кризами.

3. Наследственная отягощённость, генетические нарушения, органические вредности в раннем возрасте и их последствия (в виде разных форм дизонтогенеза — задержки, искажения развития), невропатии, личностные аномалии, энцефалопатии и др.

4. Нарушения психического развития у детей, вызванные психическим заболеванием, всегда сосуществуют с продолжающимся развитием психики.

При установлении диагноза необходимо также учитывать ряд принципов и условий:

1. Осторожность в установлении окончательного диагноза по завершении пубертатного криза.

2. Сопоставление психопатологической картины на каждом этапе онтогенеза (стереотип развития болезни).

309

Таблица 20-1. Этапы нормального развития поведения ребёнка

о > о

Возраст	Моторное и сенсорное поведение	Адаптивное поведение	Личностное и социальное поведение
С момента рождения до 4 нед	Рефлекс руки-рот, хватательный рефлекс, Хоботковый рефлекс (выпячивание губ трубочкой — оральный автоответ), рефлекс Моро, сосательный рефлекс, рефлекс Бабинского (разведение пальцев ног в ответ на раздражение подошвы)	Поведение, связанное с ожиданием начала кормления, возникающее на 4-й день Реагирует на звук погремушки и колокольчика Периодически наблюдает за движущимися объектами	Реакция на лицо и матери, появляющаяся в первые жизни. Самопроизвольная (эндогенная) улыбка (независимая игра с 1-2 лет) Прекращает плакать в руках у взрослых Невыразительное лицо
4 нед	Различение звуков (ориентация на голос), а также вкуса сладкого и кислого Визуальное слежение Фиксирует взгляд на предметах Первые попытки ползти Поворачивает голову в наклонном положении Доминируют позы, связанные с тоническим шейным рефлексом	Следит за движущимся предметом до середины траектории его движения	Узнаёт лица Реагирует на речь

4 мес	Сжатие рук в кулаки	Не проявляет интереса и бросает попавшие в руки предметы	Улыбается преимущественно матери
	Способность удерживать голову вертикально в течение нескольких секунд Зрительная фиксация, стереоскопическое зрение (12 нед)		
7 мес	Доминируют симметричные позы Удерживает голову в равновесии Поднимает голову на 90° от предплечья держащего его взрослого	Может следить за медленно движущимся предметом Руки тянутся к висящему предмету	Спонтанная (экзогенная) улыбка как реакция на общение Реагирует на необычные ситуации
	Зрительная аккомодация Сидит устойчиво, наклоняется вперёд, придерживаясь руками Активно прыгает, когда находится в положении стоя	Тянется одной рукой и хватает игрушку Стучает и трясёт погремушку Передаёт игрушки	Берёт палец ноги в рот Похлопывает изображение в зеркале Подражает движениям матери

-I

Таблица 20-1. Продолжение

Возраст	Моторное и сенсорное поведение	Адаптивное поведение	Личностное и социальное поведение
10 мес	Самостоятельно сидит, обладая хорошей координацией Ползает самостоятельно Встаёт и стоит без опоры Показывает указательным пальцем	Подбирает парные предметы Рисует каракули	Проявляет тревогу в разлуке с матерью Участвует в социальных играх типа «ладушки» и «прятки» Может самостоятельно есть печенье и держать в руке бутылочку
13 мес	Ходит, держась за руку Может стоять самостоятельно	Ищет новизну	Помогает при одевании Произносит отдельные слова (словарный запас около 10 слов))
15 мес	Учится ходить самостоятельно Карабкается по ступенькам		Выражает свои желания голосом или жестами Бросает предметы в конце время игры или при отказе
18 мес	Скоординированная ходьба, редкие падения С силой бросает мяч Поднимается по лестнице, держась за руку	Строит башенку из 3 или 4 кубиков Делает произвольные рисунки и имитирует штрихами письмо	Проявляет стремление к самостоятельной еде, делая пока в неуклюжие попытки Возит игрушки в верёвочке Носит и обнимает любимые игрушки (кукла и др.)

2 года	Может бегать, не падает Ударяет ногой большой мяч Самостоятельно поднимается и спускается по лестнице Совершенствуются навыки выполнения точных движений	Строит башенку из 6 или 7 кубиков Выстраивает кубики в ряд, имитируя поезд Имитирует вертикальные и круговые штрихи Появление элементов нестандартного поведения	С незначительной задержкой имитирует некоторые моменты поведения Надевает простую одежду Имитирует ситуации происходящие в семье Ассоциирует себя собственным именем Говорит «нет» матери Тревога, связанная с разлукой, начинает ослабевать Упорядочение проявления любви Протеста Параллельная (играет рядом с другими детьми, но не взаимодействует с ними)
--------	--	--	---

Таблица 20-1. Окончание

Возраст	Моторное и сенсорное поведение	Адаптивное поведение	Личностное и социальное поведение
3 года	Катается на трёхколёсном велосипеде Прыгает с нижних ступенек лестницы Меняет ноги, поднимаясь по лестнице	Строит башенку из 9 или 10 кубиков Строит мост из 3 кубиков Копирует круг и крест	Надевает ботинки Расстёгивает пуговицы Самостоятельно справляется с приёмом пищи Понимает, что надо дожидаться своей очереди Умывается и вытирает лицо Чистит зубы Ассоциативная игра (играет вместе с другими детьми) Одевается и раздевается самостоятельно Может написать несколько букв Играет в спортивные и состязательные игры
4 года	Спускается по лестнице через ступеньку Стоит на одной ноге 4-8 с	Копирует крест Повторяет 4 цифры Перечисляет предметы, правильно указывая на них Копирует квадрат	Умывается и вытирает лицо Чистит зубы Ассоциативная игра (играет вместе с другими детьми) Одевается и раздевается самостоятельно Может написать несколько букв Играет в спортивные и состязательные игры
5 лет	Подпрыгивает, меняя ноги Обычно полностью контролирует сфинктеры (умеет пользоваться туалетом) Совершенствуются навыки точных движений	Рисует узнаваемого человека с головой, туловищем, конечностями Точно перечисляет 10 объектов Пишет собственное имя Копирует треугольник	Одевается и раздевается самостоятельно Может написать несколько букв Играет в спортивные и состязательные игры
6 лет	Катается на двухколёсном велосипеде	Пишет собственное имя Копирует треугольник	Завязывает шнурки

3. Проведение дифференциальной диагностики инициальных проявлений заболевания с их отграничением от неболезненных кризовых проявлений — так называемых непатологических аналогов (детские и патологические фантазии, подростковая психология, гебоид-ные расстройства).

4. Использование понятия «функциональный диагноз», отражающего многоуровневый характер клинической картины в подростковом возрасте.

II. РАЗВИТИЕ РЕБЁНКА

Развитие является результатом параллельных процессов — внутреннего созревания (ЦНС, эндокринной системы, нервно-мышечного аппарата) и внешнего воздействия окружающей среды (например, родителей, учителей), которые могут либо способствовать, либо препятствовать нормальному развитию ребёнка. Потенциал развития является индивидуальным для каждого человека в силу его генетических особенностей, определяющих способность к интеллектуальному развитию, готовность к психическим расстройствам, своеобразие темперамента и, возможно, определённых личностных характеристик.

Развитие является длительным, продолжающимся всю жизнь процессом, динамика которого наиболее интенсивна в раннем возрасте. Масса мозга новорождённого составляет 350 г, к 18 мес она увеличивается в 3 раза, а к 7 годам достигает 90% массы мозга взрослого человека, т.е. 1350 г. Цитогенетические изменения (дифференциация нейронов, рост аксонов, формирование синапсов и миелинизация), начинающиеся в период эмбрионального и фетального развития, продолжаются и после рождения ребёнка.

Наиболее значительный вклад в создание теории детского развития внесли Зигмунд Фрейд, Маргарет Малер, Эрик Эриксон и Жан Пиаже (обзор их работ приведён в табл. 20-2). З. Фрейд первым теоретически обосновал значение переживаний раннего детского возраста для развития личности и возникновения психопатологии. Однако результаты его исследований были получены при проведении сеансов психоанализа главным образом со взрослыми пациентами. Фрейд не занимался систематическим наблюдением и лечением детей. Другие исследователи, работавшие в этом направлении, дополнили и скорректировали теорию Фрейда. В области психопатогёнеза Фрейд уделял главное внимание эдипову комплексу. По мнению Фрейда, невроз возникает вследствие неспособности разрешать проблемы соперничества и связанных с либидо бессознательных агрессивных чувств, которые появляются у детей в отношении к родителям в рамках эдипова треугольника. В настоящее время учение Фрейда может объяснить лишь некоторые случаи детской психопатологии. М. Малер на основании наблюдений за детьми и их матерями разработала теорию индивидуализации развития. В настоящее время основные положения этой теории нашли свое применение, за исключением концепции фаз первых месяцев жизни, согласно которой у младенцев отсутствуют живость ума и способность к восприимчивости.

Э. Эриксон выделял в развитии личности 8 стадий, которые могут быть приурочены к отдельным аспектам биологического созревания. На каждой стадии возникают свои проблемы и их разрешение. Например, в младенчестве такой проблемой является установление доверия к окружающему миру. В работах Эриксона большое внимание уделяется адаптации человека в обществе.

Ж. Пиаже изучал поведение своих детей с момента рождения и разработал последовательную, получившую признание теорию интеллектуального развития. Доказывал способность ребёнка активно решать возникающие перед ним проблемы.

Таблица 20-2. Теории детского развития

ы

Таблица 20-2. Продолжение

Таблица 20-2. Продолжение

Возраст	М. Малер	З. Фрейд	Э. Эриксон	Ж Пиаже	Комментарии
	Ребёнок пытается преодолеть пространство, разделяющее его и мать, конкретно это проявляется в том, что ребёнок приносит матери различные предметы Попытки матери помочь ребёнку часто воспринимаются негативно, типичны вспышки раздражения Характерное событие — кризис сближения: желание получить утешение от матери и неспособность принять её помощь Символ сближения:		ребёнка (например, за то, что он намочил или испачкал бельё)		в отношении и их характера подвергается значительной деформации

	ребёнок стоит на пороге, не зная, куда идти, в состоянии беспомощности и фрустрации Разрешение кризиса происходит по мере совершенствования навыков ребёнка и возникновения способности получать удовольствие от самостоятельного выполнения действий				
2-3 года	Четвёртая подфаза — консолидация и предметное постоянство (24-36 мес)				

Таблиц 20-2.

а Продолжение

Возраст	М.Малер	З Фрейд	9. Эриксон	Ж Пиаже	Комментарии
	Ребёнок легче переносит отсутствие матери и ищет ей замену Ребёнок чувствует себя спокойно, когда мать не находится рядом, будучи уверенным, что она вернётся Постепенное восприятие материнского образа как символа опоры и надёжности Совершенствуя вербальные навыки и лучше осознавая время, ребёнок				

3-4 года	может пере- носить временное отсут- ствие разлуку	или	Фаллическая — эдипова фаза (от 3 до 5 лет) Гениталии являются центром интереса, стимуляции и возбуждения Пенис — орган, представля- ющий интерес для обоих полов Характерна мастурбация Серьёзная озабоченность тревогой, связанной с возможностью кастрации (страх утраты или повреж- дения гениталий)	Инициатива или чувство вины (локомоторная гени- тальная фаза) (от 3 до 5 лет) Инициатива возникает в связи с задачами, требую- щими как двигательной, так и интеллектуальн ой актив- ности Чувство вины может воз- никать в связи с побужде- ниями, о которых думает ребёнок (главным образом агрессивными)	Другие исследова- до- полнили работу Фрейда. В теч- второго г- жизни обоего по- исследую- осознают личие у гениталий при соответст- щей ак- тивизации стороны р- дителей начинают вильно восприни- свою пол- принад- лежность Зависть к нису является универ- сальной обязател-
-------------	--	-----	--	---	---

I

8

3 с*

Таблица 20-2. Продолжение

Таблица 20.2 Продолжение

Таблица 20-2. Окончание

Расстройства младенческого, детского и подросткового возраста 321

Приведённые теории детского развития касаются только младенческого и детского возраста. Неосвещённым осталось развитие в подростковом возрасте, в пубертатном кризе, который является решающим для патогенеза и клиники многих психических расстройств. Неравномерность протекания пубертатного криза даже в норме (от диспропорций отдельных психических особенностей до выраженной пубертатной дезинтеграции) определяет одну из основных трудностей диагностики в этом возрасте.

III. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Кодируется на оси II. Заболеваемость — 3% живорождённых детей и 1% всего населения. Соотношение у мальчиков и девочек — 1,5 : 1.

А. Диагноз. Около 85% больных имеют лёгкую умственную отсталость и считаются способными к обучению, т.е. могут получить образование в пределах 6 классов; около 10% больных имеют умеренную умственную отсталость и способны приобретать несложные знания и навыки, т.е. могут получить образование в пределах 2 классов; около 3-4% больных страдают выраженной умственной отсталостью; около 1-2% больных страдают глубокой умственной отсталостью.

Таблица 20-3. Диагностические критерии умственной отсталости по DSM-IV

А. При использовании индивидуального теста коэффициент интеллектуального развития (IQ) имеет показатель значительно ниже среднего и составляет 70 или ниже (т.е. для детей уровень интеллектуального развития, с точки зрения врача, значительно ниже среднего)

Б. Сопутствующие нарушения адаптивного функционирования (т.е. несоответствие развития нормам, характерным для возрастной или социальной группы) проявляются по меньшей мере в двух из следующих областей: общение, самообслуживание, домашняя жизнь, социальные (межличностные) контакты, использование ресурсов общества, самоконтроль, учебные навыки, работа, досуг, состояние здоровья и безопасность

В. Возраст начала расстройства — до 18 лет

Кодировать расстройство следует, основываясь на его тяжести, которая отражает уровень интеллектуального нарушения:

Лёгкая умственная отсталость: IQ от 50-55 до 70 Умеренная умственная отсталость: IQ от 35-40 до 50-55 Выраженная умственная отсталость: IQ от 20-25 до 35-40 Глубокая умственная отсталость: IQ ниже 20 или до 25

Умственная отсталость неуточнённой степени тяжести' наличие серьёзных оснований для постановки диагноза умственной отсталости, однако интеллектуальные способности пациента не могут быть оценены при помощи стандартных тестов

Следует отметить ограниченность диагностической оценки умственной отсталости, основанной только на показателях IQ. Фрагментарность

клинической характеристики сочетается с отсутствием систематики, возрастной динамики и дифференциальной диагностики

Б. Этиология. Органическая или психосоциальная; известна в 50-70% случаев.

1. Генетические факторы

а. Врождённые нарушения метаболизма, например фенилкетонурия, болезнь Тея-Сакса.

11—4950

322 Глава 20 III В

б. Хромосомные отклонения (нарушения), прежде всего синдром Дауна (трисомия 21), отмечается у 1 на 7000 живорождённых детей. Типичное лицо, гипотония, гиперрефлексия, пороки сердца, гастроинтестинальные аномалии. Синдром ломкой X-хромосомы отмечается у 1 на 1000 новорождённых мужского пола. Постпубертатный макроорхидизм, большая голова и уши, вытянутое узкое лицо (у некоторых близнецов, носителей женского пола, отмечаются характерные черты лица и познавательная дисфункция).

2. Психосоциальные факторы. Лёгкую умственную отсталость часто вызывает хронический дефицит интеллектуальной стимуляции.

3. Другие факторы. Осложнения инфекционного заболевания, воздействия токсина или травмы головного мозга в пренатальном, перинатальном или более позднем периоде, например врождённая краснуха или алкогольный синдром у плода (микроцефалия, гипоплазия, уродства лица, узкая глазная щель, возможны пороки сердца, низкий рост и др.).

В. Общие замечания. Характерное поведение или тип личности отсутствуют. В большинстве случаев отмечается низкая самооценка. В мышлении наблюдается тенденция к конкретизации; эгоцентризм. От одной до двух третей больных с умственной отсталостью имеют сопутствующее психическое расстройство и симптомы других расстройств, приведённых в DSM-IV.

Г. Лечение

1. Образование. Специальные школы или классы, особые методы обучения, инструктаж.

2. Фармакотерапия. Табл. 20-4.

а. Сопутствующие психические заболевания, например расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью или депрессия, могут потребовать использования стимуляторов или антидепрессантов в зависимости от клинической симптоматики.

б. Ажитация, агрессия и вспышки раздражения часто поддаются лечению нейролептиками. Применяемые в больших дозах препараты слабого действия, например хлорп-ромазин или тиоридазин, оказывают более притупляющее воздействие на когнитивную способность, чем используемые в небольших дозах сильнодействующие средства, например галоперидол. Состояние многих пациентов, находящихся в лечебных учреждениях, с трудом поддаётся контролю из-за использования лекарственных средств.

в. При агрессии и аутоагрессии (нанесение себе повреждений) хороший эффект даёт использование лития.

г. Карбамазепин, вальпроат и пропранолол могут быть эффективными при агрессивном поведении и вспышках раздражения. По сравнению с нейролептиками и литием эффективность этих препаратов в меньшей степени подтверждена практикой.

3. Психотерапия

а. Поведенческая терапия.

б. Консультирование родителей и членов семьи.

в. Индивидуальная поддерживающая психотерапия. Осознание собственной неполноценности может привести к заниженной самооценке.

г. При лечении сопутствующих расстройств у пациентов, страдающих лёгкой формой умственной отсталости и имеющих хорошие вербальные навыки, хороший эффект может дать психотерапия, ориентированная на

формирование адекватной самооценки.

д. Группы, ориентированные на поддержание активной деятельности больных, помогают улучшить навыки социализации.

Таблица 20-4. Психотропные средства, наиболее часто используемые для лечения расстройств детского и подросткового возраста

Таблица 20-4. Продолжение

Таблица 20-4. Продолжение

Таблица 20-4. Окончание

Препарат	Показания	Доза	Побочные реакции необходимые исследования
Проправолол — р- адренергиче- ский блокатор	Агрессия при умственной отсталости, общие расстройства развития и интеллектуальные расстройства; необходимы дальнейшие исследования	Эффективная доза для детей и подростков не установлена; возможно, она составляет 40-320 мг в день	Брадикардия, гипотензия, тошнота, гипогликемия, депрессия; следует избегать назначения пациентам, страдающим астмой
Клонидин и гуанфацин — пресинаптические и адреноблокаторы	С некоторым успехом можно при- менять при расстройстве с недостаточностью внимания и гиперактивностью, клонидин — при синдроме дела Туретта	Клонидин — по 0,1-0,3 мг в день или 3~5,5 мг на 1 кг массы тела в день Гуанфацин — до 3 мг в день	Ортостатическая гипотензия, седативный эффект, сухость во рту
Цнпрогептадин	Нервная анорексия	До 8 мг 4 раза в день	Антигистаминные побочные эффекты, включая седативный эффект и сухость во рту
Налтрексон	Аутоагрессивное поведение при умственной отсталости и общих расстройствах развития; в настоящее время изучается действие этого препарата при лечении общих расстройств развития	0,5-2,0 мг на 1 кг массы тела в день	Сонливость, агрессивность Исследование функции печени — известны случаи токсического воздействия препарата на печень взрослых при приеме больших доз
Десмопрессин	Энурез	20-40 мкг интраназально	Головная боль, судороги, вызванные гипонатриемией (редко)

Расстройства младенческого, детского и подросткового возраста 327 IV.
ОБЩИЕ РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ

Кодируются на оси I. Уровень заболеваемости аутистическими расстройствами составляет 4 случая на 10000 человек. Соотношение распространённости среди детей мужского и женского пола — 3:1. Синдром Аспергера характеризуется аутистическим поведением при отсутствии задержек в развитии речи или познавательных способностей; наблюдается у части детей, которые страдают аутизмом, но имеют очень высокий уровень интеллектуального развития. Синдром Ретта представляет собой нейродегенеративное заболевание, обнаруживаемое только у девочек. Дезинтегративное расстройство детского возраста возникает по меньшей мере после двухлетнего периода нормального развития. А. Диагноз и симптомы

Таблица 20-5. Диагностические критерии аутистического расстройства по DSMIV

А. При наличии не менее 6 симптомов из перечисленных в рамках критериев 1,2 и 3, не менее 2 симптомов из перечисленных в рамках критерия 1 и 1 симптома в рамках критериев 2 и 3:

1. Качественные нарушения в сфере социального взаимодействия, проявляющиеся по меньшей мере 2 симптомами из следующих:

а. Выраженное нарушение способности к невербальным действиям (прямой взгляд в глаза, реакции посредством мимики, позы и жестов), используемым при социальном взаимодействии

б. Невозможность установить соответствующие уровню развития больного отношения со сверстниками

в. Невозможность разделять удовольствие, интерес или успех с другими людьми (например, показывать, приносить или указывать предметы, представляющие интерес для ребёнка)

г. Отсутствие социальной или эмоциональной взаимности

2. Качественные нарушения способности к общению, проявляющиеся по меньшей мере 1 симптомом из следующих:

а. Задержка развития или полное отсутствие речи (не сопровождаются попыткой компенсировать этот недостаток путём альтернативных способов общения — жестами или мимикой)

б. У больных с неадекватной речью выраженное нарушение способности начинать или поддерживать разговор с другими людьми

в. Стереотипное и повторяющееся использование речевых оборотов

г. Отсутствие соответствующих уровню развития больного гибкости и спонтанности в выполнении своей роли в игре, основанной на воображении или социальной инициативе

3. Ограниченные повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и видов деятельности, о которых свидетельствует по меньшей мере 1 симптом из следующих:

а. Всепоглощающая озабоченность одной или несколькими моделями интересов, которые не соответствуют норме ни по интенсивности, ни по направленности

б. Не поддающееся изменению строгое соблюдение специфических, не функциональных рутинных действий или ритуалов

в. Стереотипные, повторяющиеся ужимки (например, взмахи или скручивание рук или пальцев, сложные движения всем телом)

г. Устойчивая озабоченность деталями каких-либо предметов

Б. Возникшие до 3 лет задержки развития или отклонения от нормального функционирования по меньшей мере в 2 из следующих областей: социальное взаимодействие, речевое общение, символическая или связанная с воображением игра

В. Нарушение нельзя отнести к проявлениям синдрома Ретта или

дезинтегративного расстройства детского возраста

328 Глава 20 IV А

Таблица 20-6 Диагностические критерии синдрома Ретта по DSM-IV

А Состояние больного отвечает всем критериям из нижеследующих

1 Нормальное развитие в пренатальном и перинатальном периодах

2 Нормальное психомоторное развитие в течение первых 5 мес после рождения

3 Нормальная окружность головы на момент рождения

Б Возникновение всех симптомов из нижеследующих после периода нормального развития

1 Замедление роста головы в возрасте от 5 мес до 4 лет

2 Утрата ранее приобретенных навыков произвольного движения руками в возрасте от 5 мес до 2,5 лет

с последующим развитием стереотипных движений рук (например, спиралевидные, круговые движения)

3 Утрата социальной вовлеченности на раннем этапе (хотя социальное взаимодействие часто развивается позднее)

4 Нарушение координации походки или движений туловища

5 Значительное нарушение в развитии экспрессивной или рецептивной речи со значительной задержкой психомоторного развития и с ограничением интересов, которые не соответствуют норме ни по интенсивности, ни по направленности

6 Не поддающееся изменению строгое соблюдение специфических, не функциональных рутинных действий или ритуалов

7 Стереотипные, повторяющиеся ужимки (например, взмахи или скручивание рук или пальцев, сложные движения всем телом)

8 Устойчивая озабоченность деталями каких-либо предметов

В Расстройство вызывает клинически значимый дистресс в социальной, трудовой или других сферах жизнедеятельности

Г Расстройство не сопровождается клинически значимой задержкой в овладении навыками речевого общения (например, произнесение отдельных слов начинается в возрасте 2 лет, связных предложений — в возрасте 3 лет)

Д Расстройство не сопровождается клинически значимой задержкой в интеллектуальном развитии или в развитии соответствующих возрасту больного навыков самообслуживания, адаптивного поведения (не связанного с социальным взаимодействием) и характерного для детского возраста стремления к познанию окружающего мира

Е Состояние больного не отвечает диагностическим критериям специфического общего расстройства развития или шизофрении

Таблица 20-7. Диагностические критерии синдрома Аспергера по DSM-IV

А Качественное нарушение навыков социального взаимодействия, проявляющееся по меньшей мере 2 симптомами из следующих

1 Выраженное нарушение способности к невербальным действиям (прямой взгляд в глаза, реакции посредством мимики, позы и жестов), используемым при социальном взаимодействии

2 Невозможность установить соответствующие уровню развития больного отношения со сверстниками

3 Невозможность разделять удовольствие, интерес или успех с другими людьми (например, показывать, приносить или указывать на предметы, представляющие интерес для ребенка)

4 Отсутствие социальной или эмоциональной взаимности

Б Ограниченные повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и видов деятельности, о которых свидетельствует по меньшей мере 1 симптом из следующих

Расстройства младенческого, детского и подросткового возраста 329 Таблица 20-7. Окончание

а. Всепоглощающая озабоченность одной или несколькими моделями интересов, которые не соответствуют норме ни по интенсивности, ни по направленности

б. Не поддающееся изменению строгое соблюдение специфических, не функциональных рутинных действий или ритуалов

в. Стереотипные, повторяющиеся ужимки {например, взмахи или скручивание рук или пальцев, сложные движения всем телом}

г. Устойчивая озабоченность деталями каких-либо предметов

В. Расстройство вызывает клинически значимый дистресс в социальной, трудовой или других сферах жизнедеятельности

Г. Расстройство не сопровождается клинически значимой задержкой в овладении навыками речевого общения (например, произнесение отдельных слов начинается в возрасте 2 лет, связных предложений — в возрасте 3 лет)

Д. Расстройство не сопровождается клинически значимой задержкой в интеллектуальном развитии или в развитии соответствующих возрасту больного навыков самообслуживания, адаптивного поведения (не связанного с социальным взаимодействием) и характерного для детского возраста стремления к познанию окружающего мира

Е. Состояние больного не отвечает диагностическим критериям специфического общего расстройства развития или шизофрении

Таблица 20-8. Диагностические критерии дезинтегративного расстройства детского возраста по DSM-IV

А. Нормальное развитие в течение не менее 2 лет после рождения при наличии соответствующих возрасту навыков вербального и невербального общения, социальных отношений, игры и адаптивного поведения

Б. Клинически значимая утрата приобретённых ранее навыков (в возрасте до 10 лет) по меньшей мере в 2 областях из следующих: 1. Экспрессивная или рецептивная речь

2. Социальные навыки шу < адаптивное поведение

3. Контроль за деятельностью кишечника и мочевого пузыря

4. Игра

5. Моторные навыки

В. Отклонения в функционировании, проявляющиеся по меньшей мере в 2 из следующих областей:

1. Качественные нарушения в сфере социального взаимодействия (например, нарушение способности к невербальному общению, невозможность установить отношения со сверстниками, отсутствие социальной или эмоциональной взаимности)

2. Качественные нарушения в сфере общения (например, задержка в развитии навыков разговорной речи или их отсутствие, неспособность начинать или поддерживать разговор, стереотипное или повторяющееся использование речевых оборотов, невозможность играть в игры, основанные на воображении)

3. Ограниченные повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и видов деятельности, включая моторные стереотипии и ужимки

Г. Нарушение нельзя отнести на счёт другого специфического общего расстройства развития или шизофрении

330 Глава 20 IV Б

Б. Общие замечания

1. Аутистическое расстройство. Дети, страдающие аутизмом, могут иметь высокий или низкий уровень интеллектуального развития в зависимости от IQ, словарного запаса и способности изъясняться посредством языка, а также степени выраженности других симптомов. У 70% больных IQ составляет ниже 70, у 50% — ниже 50-55. Аутистическое расстройство имеет разную этиологию. Показатели конкордантности у монозиготных близнецов выше, чем у дизиготных; аутизмом страдают по меньшей мере 2% родных братьев

(сестёр); в семьях больных аутизмом детей часто возникают трудности, связанные с обучением и развитием речевых навыков. Сопутствующие генетические расстройства включают туберозный склероз и синдром ломкой Х-хромосомы. У многих пациентов, страдающих аутизмом, в пренатальном и перинатальном периодах отмечались инсульты, однако, не принимая во внимание генетическую предрасположенность, этот фактор вряд ли можно рассматривать как этиологический. Аутизм не возникает при органических поражениях определённой локализации. Вовлечение коры, мозжечка, ствола мозга и иммунной системы у ряда больных подтверждено результатами ЭЭГ, КТ, ПЭТ, МРТ и патологоанатомического исследования. У некоторых пациентов отмечаются не соответствующие норме изменения уровня нейротрансмиттеров и их метаболитов в крови и спинномозговой жидкости.

2. Синдром Аспергера. Этиология неизвестна; семейные исследования указывают на наследственную связь с аутизмом у родственников.

3. Синдром Ретта. Вероятно, имеет генетическую основу, поскольку наблюдается только у девочек; исследование в ряде случаев указывает на полную конкордантность у монозиготных близнецов.

4. Дезинтегративное расстройство детского возраста. Этиология не известна; имеет связь с другими неврологическими заболеваниями, такими, как судорожные расстройства, туберозный склероз, нарушения обмена веществ.

В. Лечение

1. Специальное обучение. Основной метод воздействия. Существуют некоторые свидетельства того, что наилучший эффект даёт интенсивное специальное обучение на раннем этапе развития больного, поэтому крайне важна ранняя постановка диагноза.

2. Фармакотерапия. Табл. 20-4.

а. Согласно проведённым исследованиям, галоперидол, применяемый в дозах, исключающих седативное воздействие, является эффективным средством для лечения таких симптомов, как отчуждение, стереотипии и гиперактивность. При длительном использовании галоперидола симптомы дискинезии развивались в 27% случаев и исчезали после отмены препарата.

б. Изучалось воздействие опиоидных антагонистов, например налтрексона. Поводом для этого стала возможность уменьшить социальное отчуждение путём блокировки эндогенных опиоидов аналогично блокировке эндогенных опиоидов при наркотической зависимости.

в. Могут быть эффективны литий, антагонисты р-адренергических рецепторов (фенфлурамин), а также препараты, используемые для лечения эпилепсии.

г. В отдельных случаях хороший эффект даёт рисперидон.

д. Для лечения некоторых детей, страдающих аутизмом, эффективен фенфлурамин.

е. Антиконвульсанты используются при синдроме Ретта для лечения припадков.

Расстройства младенческого, детского и подросткового возраста 331

3. Психотерапия. Использование индивидуальной психотерапии невозможно в силу речевых и других интеллектуальных нарушений, которыми сопровождаются общие расстройства развития. Крайне важными являются поддержка и консультирование членов семьи; родителям необходимо сказать, что аутизм не является следствием неправильного воспитания ребёнка. Родители часто просят научить их, как следует вести себя с больным и сибсами. Существуют ассоциации и группы самопомощи для родителей, дети которых страдают аутистическим расстройством.

В разделе не описаны и не перечислены различные варианты раннего детского аутизма, прежде всего синдром Каннера, характерный для одной из форм детской шизофрении, инфантильный аутизм, атипичный аутизм, а также дезинтегративные расстройства (синдром Геллера, деменция жёлтого цвета, симбиотический психоз). Эти расстройства включены в МКБ-10.

V. РАССТРОЙСТВА ОБУЧЕНИЯ. МОТОРНЫХ НАВЫКОВ И ОБЩЕНИЯ

Расстройства обучения (расстройство чтения, счёта, экспрессивного письма и не-уточнённое), расстройство моторных навыков (расстройство координации, связанное с возрастным развитием) и расстройства общения (расстройство экспрессивной речи, расстройство рецептивно-экспрессивной речи, расстройство речевой артикуляции, заикание и не-уточнённое) имеют много общих характеристик и нередко возникают у одного и того же пациента. Распространённость расстройств обучения и расстройств моторной функции в целом составляет 5%, из них на заикание приходится примерно 1%, на другие расстройства общения — 3%. Для всех расстройств соотношение распространённости среди детей мужского и женского пола составляет 2:1, за исключением расстройства экспрессивного письма (соотношение не известно) и расстройства арифметических навыков (возможна более высокая распространённость среди девочек). А. Диагноз и симптомы. Критерии расстройств идентичны.

1. Расстройства обучения
2. Расстройство моторных навыков
3. Расстройства общения

Таблица 20-9 Диагностические критерии расстройства чтения, счёта и экспрессивного письма по DSM-IV

А. Результаты индивидуальных стандартизированных тестов (или функционального контроля навыков письма) указывают на значительно более низкий по сравнению с ожидаемым уровень навыков чтения, письма и способности производить арифметические действия, если принять во внимание возраст больного, уровень его интеллектуального развития и образования

Б. Нарушение, описанное в рамках критерия А, значительно препятствует выполнению учебной или иной деятельности, требующей использования навыков чтения, арифметических действий или составления текстов (например, написание грамматически верных предложений или выделение абзацев)

В. При наличии сенсорных нарушений трудности, связанные с чтением, письмом или выполнением арифметических действий, не соответствуют его полной и типичной клинической картине

332 Глава 20 VA

Таблица 20-10. Диагностические критерии расстройства координации, связанного с возрастным развитием, по DSM-IV

А Способность к успешным, требующим двигательной координации действиям в повседневной жизни значительно ниже ожидаемого уровня, если принять во внимание возраст больного и уровень его интеллектуального развития. Нарушение может проявляться такими симптомами, как выраженные задержки при переходе от одного этапа развития моторных навыков к другому (ползание, сидение, ходьба), невозможность удерживать предметы, неуклюжесть, неспособность успешно выполнять физические упражнения или искажение почерка

Б. Нарушение, описанное в рамках критерия А, значительно препятствует учебной и связанной с бытом деятельности

В. Нарушение не обусловлено соматическим или неврологическим заболеванием (например, церебральным параличом, гемиплегией или мышечной дистрофией) и не соответствует критериям общего расстройства развития

Г. При наличии умственной отсталости трудности, связанные с развитием координации, не соответствуют его полной и типичной клинической картине

Таблица 20-11. Диагностические критерии расстройства экспрессивной речи по DSM-IV

А. Показатели тестирования уровня развития экспрессивной речи

значительно ниже показателей тестирования уровня невербальной интеллектуальной способности и развития перцептивной речи. Клинически расстройство может проявляться такими симптомами, как выраженное ограничение словарного запаса, ошибки при использовании глаголов, трудности при вспоминании слов или произнесении длинных и сложных предложений, не соответствующие уровню развития больного

Б. Трудности, связанные с развитием экспрессивной речи, препятствуют учебной, трудовой деятельности и социальному общению

В Состояние больного не отвечает критериям смешанного расстройства рецептивно-экспрессивной речи или общего расстройства развития

Г При наличии умственной отсталости, моторно-речевого или сенсорного нарушения или социальной депривации трудности, связанные с развитием речевых навыков, не могут быть обусловлены воздействием перечисленных факторов

Таблица 20-12. Диагностические критерии расстройства рецептивно-экспрессивной речи по DSM-IV

А. Показатели тестирования уровня развития рецептивной и экспрессивной речи значительно ниже показателей тестирования уровня невербальной интеллектуальной способности. Нарушение проявляется симптомами расстройства экспрессивной речи, а также трудностями, связанными с пониманием обычных слов, предложений, а также специальных понятий, таких, как термины, относящиеся к пространству

Б. Трудности, связанные с развитием экспрессивной и рецептивной речи, значительно препятствуют учебной, трудовой деятельности и социальному общению

В. Состояние больного не соответствует критериям общего расстройства развития

Г При наличии умственной отсталости, моторно-речевого или сенсорного нарушения или социальной депривации трудности, связанные с развитием речевых навыков, не могут быть обусловлены воздействием перечисленных факторов

Расстройства младенческого, детского и подросткового возраста 333

Таблица 2013 Диагностические критерии расстройства речевой артикуляции по DSM-IV

А. Невозможность употреблять звуки речи, соответствующие возрасту больного и его диалекту, например такие ошибки в произнесении или организации звуков, которые приводят к замене одного звука другим или к пропуску звуков

Б. Трудности, связанные с произнесением звуков, препятствуют учебной, трудовой деятельности и социальному общению

В. При наличии умственной отсталости, моторно-речевого или сенсорного нарушения или социальной депривации трудности, связанные с развитием речевых навыков, не могут быть обусловлены воздействием перечисленных факторов

Таблица 20-14. Диагностические критерии заикания по DSM-IV

А. Не соответствующее возрасту больного нарушение плавности и временного моделирования речи, которое характеризуется частым появлением по меньшей мере 1 из следующих симптомов:

1. Повторение звуков и слогов
2. Удлинение звуков
3. Использование междометий
4. Разбивание слов (паузы при произнесении одного слова)
5. Слышимая или неслышимая блокировка (заполненные или незаполненные паузы в речи)
6. Иносказания (замена одного слова другим, с тем чтобы избежать трудных для произнесения слов)

7. Произнесение слов с явным физическим напряжением
8. Повторение односложных слов (например, «я-я-я-я вижу его»)
- Б. Нарушение плавности речи препятствует учебной, трудовой деятельности и социальному общению
- В. При наличии моторно-речевого или сенсорного нарушения трудности, связанные с произнесением слов, не могут быть обусловлены воздействием перечисленных факторов
- Б. Общие замечания. Расстройства обучения, развития координации и общения часто сосуществуют друг с другом и могут протекать на фоне расстройств с дефицитом внимания и гиперактивностью и расстройств с деструктивным поведением. Отмечается высокая распространённость этих расстройств среди членов одной семьи. О нейробиологических особенностях известно немного. Результаты некоторых исследований (КТ, МРТ и аутопсия) указывают на отсутствие нормальной асимметрии между теменной и височной долей. Леворукость распространена при расстройствах способности к общению (возможно, за исключением расстройства речевой артикуляции). При постановке диагноза расстройств способности к общению следует исключить нарушение слуха.
- В. Лечение
1. Особые методы обучения. Как правило, применяются в школе и зависят от тяжести расстройства. В большинстве случаев, особенно если расстройство имеет лёгкую форму, какого-либо вмешательства или обучения не требуется, однако помещение ребёнка в специальные комнаты или классы может быть необходимо. При расстройствах общения часто используется терапия речи.

334 Глава 20 VIA

2. Психотерапия. При данных расстройствах часто отмечаются снижение самооценки, плохая успеваемость в школе и исключение из учебных заведений, поэтому большую роль играет психологический компонент обучения с использованием школьного консультирования, индивидуальной, групповой или семейной психотерапии.
3. Фармакотерапия. Используется только для лечения сопутствующего психического расстройства, такого, как дефицит внимания с гиперактивностью. Прямая эффективность воздействия лекарственных средств при лечении детей, страдающих расстройствами обучения, моторных навыков и общения, не подтверждена практикой.

VI. РАССТРОЙСТВА С ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ И ДЕСТРУКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

А. Расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ). Распространённость составляет примерно 3-5%; соотношение распространённости среди детей мужского и женского пола — 3-5:1.

1. Диагноз и симптомы

Таблица 20-15. Диагностические критерии расстройства

с дефицитом внимания и гиперактивностью по DSM-IV

А. Либо 1, либо 2:

1. Не менее 6 симптомов дефицита внимания из перечисленных ниже устойчиво проявлялись в течение 6 мес и более, достигая такой степени выраженности, которая свидетельствует о дезадаптации и несоответствии этих симптомов уровню развития больного:

Дефицит внимания

- а. Часто возникающая невозможность сосредоточить внимание на деталях или совершение «легкомысленных» ошибок в учёбе, на работе или при выполнении других видов деятельности
- б. Часто возникающие трудности в сосредоточении внимания при выполнении некоторых заданий или во время игры
- в. Неспособность слушать собеседника
- г. Невозможность следовать указаниям, выполнять школьные задания, домашнюю работу или свои обязанности на рабочем месте (не обусловленная оппозиционным поведением или непониманием указаний)

д. Частые трудности в организации задания и своей деятельности
е. Частое уклонение или неохотное выполнение задач, которые требуют продолжительных умственных усилий (например, при выполнении школьных заданий, домашней работы)

ж. Частые потери предметов, необходимых для выполнения задания или иной деятельности (например, игрушек, карандашей, книг, инструментов и т.п.)

з. Частая отвлекаемость под влиянием внешних стимулов и. Частая забывчивость в повседневных делах

2. Не менее 6 симптомов гиперактивности и импульсивности из перечисленных ниже устойчиво проявлялись в течение 6 мес и более, достигая такой степени выраженности, которая свидетельствует о дезадаптации и несоответствии этих симптомов уровню развития больного:

Гиперактивность

а. Частые беспокойные движения рук или ног или неусидчивость

б. Стремление покидать своё место в классе, проявляющееся также и в других ситуациях, которые требуют усидчивости

Расстройства младенческого, детского и подросткового возраста 335 Таблица 20-15. Окончание

в. Частые суетливые действия, не соответствующие ситуации (у подростков или взрослых это может ограничиваться лишь впечатлением неугомонности)

г. Часто проявляющаяся невозможность играть или проводить свой досуг спокойно

д. Частое пребывание в движении или в «заведённом состоянии»

е. Стремление часто и много говорить Импульсивность

ж. Частое проявление готовности ответить на вопрос, не дослушав его до конца

з. Часто возникающее нетерпение при ожидании своей очереди

и. Частое стремление перебивать или вторгаться в ситуации (например, вмешиваться в разговор или

в игры)

Б. Некоторые из симптомов гиперактивности-импульсивности и дефицита внимания отмечались у больного в возрасте до 7 лет В. Некоторые симптомы расстройства появляются в одной или нескольких ситуациях, например в школе,

на работе и дома

Г. Неизбежны явные нарушения в социальной, учебной или трудовой сферах жизнедеятельности Д. Симптомы возникают не на фоне общего расстройства развития, шизофрении или другого психического расстройства и не могут быть отнесены на счёт какого-либо другого психического расстройства (например, расстройства настроения, тревожного расстройства, диссоциативного расстройства или расстройства личности)

Кодировать расстройство следует, основываясь на его типе:

Расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью, смешанный тип, если в течение последних 6 мес состояние больного соответствовало критериям A1 и A2

Расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью, тип с преобладанием дефицита внимания, если в течение последних 6 мес состояние больного соответствовало критерию A1, но не соответствовало критерию A2

Расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью, тип с преобладанием гиперактивности и импульсивности, если в течение последних 6 мес состояние больного соответствовало критерию A2, но не соответствовало критерию A1

Указание к кодированию. Если состояние больного (особенно это касается подростков и взрослых) уже не соответствует всем критериям, следует использовать уточнение «в частичной ремиссии»

2. Общие замечания. РДВГ, особенно его разновидность с преобладанием гиперактивности и импульсивности, часто сосуществует с расстройством поведения или оппозиционным расстройством. РДВГ также может сочетаться с расстройствами обучения и развития речи и языка.

Считается, что РДВГ отражает наличие лёгких, с трудом выявляемых неврологических нарушений. Возникновение расстройства связывают с травмой в перинатальном периоде и недостаточностью питания на раннем этапе развития. Более высокая заболеваемость отмечается среди родственников мужского пола, а показатели конкордантности выше у монозиготных близнецов. Дети с РДВГ часто имеют «трудный» характер. Наиболее очевидным свидетельством вовлечения системы нейронной передачи является норадренергическая дисфункция. Характерны рассеянные слабо выраженные неврологические симптомы. Изучение церебрального кровотока указывает на его недостаточность во фронтальной области, что даёт основание предполагать

336 Глава 20 VIB

дисфункцию лобной доли, следствием чего является расторможенность. РДВГ, вероятно, не связано с уровнем потребления сахара; у небольшого числа пациентов (около 5%) симптомы расстройства возникают при использовании некоторых пищевых добавок. У 20-25% пациентов симптомы сохраняются в подростковом, а иногда и в зрелом возрасте. У некоторых пациентов, особенно у тех, которые страдают сопутствующим расстройством поведения, впоследствии могут возникать склонность к правонарушениям, антисоциальное поведение.

3. Лечение

а. Фармакотерапия. Табл. 20-4.

i. Стимуляторы ослабляют симптоматику примерно у 75% больных; с помощью этих препаратов можно добиться повышения самооценки вследствие улучшения взаимоотношений больного с родителями и учителями. Стимуляторы понижают гиперактивность. Определение уровня препарата в плазме крови непоказательно.

а. Декстроамфетамин применяют для лечения детей в возрасте 3 лет и старше.

б. Метилфенидат применяют для лечения детей в возрасте 6 лет и старше.

в. Пемолин назначают по 18,75-37,5 мг в день. Препарат оказывает отсроченное действие.

и. Клонидин и гуанфацин ослабляют возбуждение у детей, страдающих данным расстройством.

III. Используемые в качестве стимуляторов антидепрессанты не дают ожидаемого эффекта; с наибольшим успехом их можно применять при наличии симптомов депрессии или тревоги. Согласно проведённым исследованиям, достаточно хороший эффект дают имипрамин и дезипрамин, в то же время сообщается о случаях смерти детей, принимавших дезипрамин.

iv. При неэффективности препаратов и наличии у больного тяжёлых симптомов и агрессии (сопутствующего расстройства в виде деструктивного поведения) возможно использование нейролептиков или лития.

б. Психотерапия. Как для ребёнка, так и для членов его семьи необходимо использовать ряд терапевтических методов, включая медикаментозный, индивидуальную психотерапию, семейную терапию и специальное обучение (особенно если имеется сопутствующее специфическое расстройство развития). Такое вмешательство является крайне важным в случаях средней тяжести и тяжёлых случаях, когда существует риск совершения больным уголовного преступления.

Б. Расстройство поведения. Согласно исследованиям, распространённость его составляет 5-15%. Часто оно является причиной госпитализации. Соотношение распространённости среди детей мужского и женского пола

составляет 4-12:1. 1. Диагноз и симптомы

Таблица 20-16. Диагностические критерии расстройства поведения по DSMIV
А. Периодически возникающая или устойчивая модель поведения, при которой нарушаются права окружающих или соответствующие возрасту больного социальные нормы. Симптомы по меньшей мере 3 критериев из приведенных ниже должны наблюдаться в течение последних 12 мес, симптомы по меньшей мере 1 критерия должны наблюдаться в течение последних 6 мес

Агрессия в отношении людей и животных

1. Частые проявления задиристости, угроз или запугивания по отношению к окружающим

Расстройства младенческого, детского и подросткового возраста 337 Таблица 20-16. Окончание

2. Частое инициирование драк

3. Частое использование предметов и средств, способных причинить серьезные физические повреждения (палка, кирпич, разбитая бутылка, нож)

4. Проявления физической жестокости по отношению к людям

5. Проявления физической жестокости по отношению к животным

6. Совершение краж с нападением на жертву (например, выхватывание кошелька, вымогательство, вооруженное ограбление)

7. Принуждение кого-либо к сексуальной активности Причинение имущественного ущерба

8. Умышленное участие в поджогах с целью причинить серьезный ущерб

9. Умышленное разрушение имущества других людей Лживость и воровство

10. Кражи со взломом

11. Частые случаи обмана с целью приобрести выгоду или уклониться от выполнения обязательств (т.е. стремление «водить других за нос»)

12. Кража предметов, не имеющих значительной материальной ценности, без нападения на жертву (например, магазинное воровство без взлома, подлог)

Серьезные нарушения установленных правил

13. Возникающие до наступления 13-летнего возраста частые случаи ухода из дома по ночам, несмотря на запреты родителей

14. Ночные побеги из дома, имевшие место как минимум дважды в период совместного проживания с родителями или лицами, их заменяющими (или один длительный побег из дома)

15. Частое манкирование школой, начинающееся в возрасте до 13 лет

Б. Нарушение поведения вызывает дистресс в социальной, учебной или трудовой сферах жизнедеятельности В. Если возраст больного 18 лет или старше, его состояние не отвечает критериям антисоциального расстройства личности

Уточните тип расстройства, основываясь на возрасте его начала:

Расстройство поведения, начинающееся в детском возрасте: симптомы по меньшей мере ^критерия расстройства поведения возникают в возрасте до 10 лет

Расстройство поведения, начинающееся в подростковом возрасте: отсутствие любых критериев расстройства поведения в возрасте до 10 лет Уточните степень тяжести расстройства:

Лёгкое расстройство поведения: наличие немногих поведенческих проблем, констатация которых необходима для постановки диагноза, и незначительность вреда, наносимого окружающим поведением больного

Умеренное расстройство поведения: ряд поведенческих проблем и связанных с ними взаимодействий с окружающими имеет промежуточную степень выраженности между лёгкой и тяжёлой формой Тяжёлое расстройство поведения: наличие многих поведенческих проблем, которые имеют значение для постановки диагноза, и нанесение существенного вреда окружающим поведением больного

2. Общие замечания. Расстройство поведения связано с семейным неблагополучием, включая физическое или сексуальное насилие. Предрасположенность больных к насилию коррелирует с физическим насилием в детстве, насилием в семье, алкоголизмом и симптомами тяжёлых психопатологических нарушений (паранойя, интеллектуальные или неврологические расстройства). Крайне важно изучить эти проявления — результаты исследований помогут выбрать соответствующий метод лечения.

338 Глава 20 VI B

Расстройство поведения часто сосуществует с РДВГ, расстройствами обучения или способности к общению. Суицидальные мысли и действия, злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами коррелируют с расстройством поведения. У некоторых детей, страдающих расстройством поведения, отмечается низкий уровень фермента дофамин- β -гидроксилазы. Характерным для расстройства может быть отклонение от нормы содержания серотонина.

3. Лечение

а. Фармакотерапия. Табл. 20-4. Для лечения детей, страдающих расстройством поведения с симптомами агрессии, эффективно использование лития и галоперидола. Хороший эффект может дать карбамазепин. Антагонисты α -адренергических рецепторов требуют дальнейшего изучения.

б. Психотерапия. Различные методы психотерапевтического воздействия, как при РДВГ. Можно включать использование лекарственных средств, индивидуальную или семейную психотерапию, методы воспитательного воздействия или помещение ребёнка в специальный класс (при наличии когнитивных или поведенческих расстройств). Крайне важным являются выявление и поддержка интересов или способностей ребёнка, с тем чтобы установить барьер для совершения правонарушения. Если окружение является неблагоприятным или расстройство протекает в тяжёлой форме, может быть показана госпитализация.

В. Расстройство в виде вызывающей оппозиции

1. Диагноз и симптомы

Таблица 20-17. Диагностические критерии расстройства в виде вызывающей оппозиции по DSM-IV

А. Модель отмеченного негативизмом, враждебного и вызывающего поведения, которая проявляется в течение по меньшей мере 6 мес и сопровождается наличием не менее 4 симптомов из следующих:

1. Частая потеря самоконтроля
2. Частые споры со взрослыми
3. Частые случаи открытого неповиновения или отказа подчиняться требованиям взрослых
4. Частое преднамеренное совершение действий с целью досадить окружающим
5. Часто проявляющаяся тенденция обвинять других людей за собственные ошибки или недостойное поведение
6. Частые проявления чувствительности и уязвимости во взаимоотношениях с окружающими
7. Часто возникающие злоба и обидчивость
8. Частые проявления язвительности или мстительности

Примечание. Состояние пациента может отвечать данному критерию лишь в случае, если характерные действия происходят чаще, чем это обычно бывает у лиц того же возраста или уровня развития, что и пациент Б. Нарушение поведения вызывает дистресс в социальной, учебной или трудовой сферах жизнедеятельности

В. Расстройство возникает не на фоне психотического состояния или расстройства настроения

Г. Состояние больного не отвечает критериям расстройства поведения, а для лиц в возрасте 18 лет и старше — критериям антисоциального расстройства

личности

2. Общие замечания. Это расстройство может сочетаться с рядом других расстройств, включая РДВГ и тревожные состояния. Судя по всему, причиной его возникновения является борьба ребёнка с родителями за свою самостоятельность; подтверждением этого служат частые случаи возникновения расстройства в семьях со строгими родителями и активными, легко поддающимися переменам настроения и чувствительными детьми.

Расстройства младенческого, детского и подросткового возраста 339

3. Лечение

а. Фармакотерапия. Для лечения расстройства может потребоваться использование лекарственных препаратов, но назначать их следует лишь после тщательной оценки преимуществ, риска и возможной неудачи других методов терапевтического воздействия.

б. Психотерапия. Индивидуальная или семейная терапия является предпочтительным методом лечения. Хороший эффект может дать модификация поведения.

VII. РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ В МЛАДЕНЧЕСТВЕ И В РАННЕМ ДЕТСТВЕ В СВЯЗИ С ЕДОЙ

А. Пикацизм. Извращение аппетита — поедание несъедобных веществ, наблюдающееся не менее 1 мес у детей младшего возраста, состояние которых не соответствует критериям аутизма, шизофрении или синдрома Клейне-Левша. Конкретные сведения о распространённости отсутствуют; по некоторым данным, расстройство отмечается у 10-32% детей. Его возникновение связывают с умственной отсталостью, недостатком заботы со стороны окружающих и дефицитом некоторых микроэлементов, например железа, цинка. Причиной расстройства может быть отравление свинцом или другими химическими веществами. Обычно прекращается в раннем детском возрасте. До начала лечения надо исключить интоксикацию свинцом (при положительном результате обследования необходимо соответствующее терапевтическое вмешательство). Вследствие того что поедание земли и льда может быть связано с недостаточным содержанием в организме железа и цинка, данные нарушения также следует исключить. Может потребоваться консультирование родителей. В редких случаях показана аверсионная терапия (направленная на вызывание отвращения).

Б. Расстройство в виде повторного срыгивания. Частое повторное срыгивание пищи, которое наблюдается не менее 1 мес после периода нормального приёма пищи (при отсутствии какого-либо желудочно-кишечного заболевания) и не обусловлено нервной анорексией или нервной булимией. Переваренная или пережёванная пища отрыгивается и затем снова глотается. Расстройство не сопровождается тяжёлым недомоганием. Встречается редко, возникает в возрасте между 3 и 12 мес. Матери, не желающие вскармливать ребёнка и обычно впоследствии отвергающие его, могут своим поведением способствовать развитию этого расстройства. Исход заболевания неоднозначен: возможно наступление спонтанной ремиссии; неблагоприятные последствия включают недостаточность питания, невозможность полноценного развития и даже смерть. Следует исключить заболевания ЖКТ (например, пилоростеноз). Лечение включает консультирование родителей и использование поведенческих методов; аверсионная поведенческая терапия назначается, когда расстройство протекает в тяжёлой форме.

В. Расстройство пищевого поведения в младенчестве и в раннем детстве. Новая категория расстройств у детей, у которых не менее 1 мес отмечается устойчивое нарушение приёма пищи при отсутствии соматического или неврологического заболевания или другого психического расстройства, которыми можно было бы объяснить данное нарушение. Расстройство не позволяет достичь нормальной прибавки массы тела или ведёт к её

значительной потере. Возникает в возрасте до 6 лет. Поскольку многие дети, страдающие этим расстройством, являются «трудными» по характеру, имеют задержки развития либо их родители не проявляют должного терпения и заботы, решающую роль во многих случаях играет консультирование родителей.

340 Глава 20 VIIIA

VIII. РАССТРОЙСТВА В ВИДЕ ТИКА

А. Синдром де ла Туретта (синдром Жиль де ла Туретта, болезнь Туретта). Уровень заболеваемости — около 4-5 случаев на 10000 детей, средний возраст начала заболевания — 7 лет. Соотношение распространённости среди детей мужского и женского пола — 3:1.

1. Диагноз и симптомы. Моторные и голосовые тики могут быть простыми или слож-

ными. Обычно вначале появляются простые тики.

Примеры:

Простые моторные тики — мигание, подёргивание головой, гримасы.

Простые голосовые тики — покашливание, звуки, напоминающие похрюкивание, фырканье.

Сложные моторные тики — удары по туловищу, подпрыгивание.

Сложные голосовые тики — копролалия (произнесение неприличных слов), палила-лия (повторение собственных слов), эхолалия (повторение слов окружающих).

Таблица 20-18. Диагностические критерии синдрома де ла Туретта по DSM-IV

А. В ходе заболевания у пациента возникали множественные моторные тики и один или несколько голосовых тиков (не обязательно в одно и то же время). (Тик представляет собой внезапное быстрое повторяющееся неритмичное стереотипное движение или звук)

Б. Тики возникают несколько раз в день (обычно в виде приступов), почти каждый день или периодически на протяжении более одного года. В последнем случае тики не прекращаются более чем на 3 мес

В. Расстройство вызывает дистресс или нарушение в социальной, трудовой или других сферах жизнедеятельности

Г Расстройство возникает в возрасте до 18 лет

Д. Расстройство не имеет прямой связи с воздействием психоактивного вещества (например, стимуляторов) и не обусловлено соматическим или неврологическим заболеванием (например, болезнью Гентингтона или вирусным энцефалитом)

2. Общие замечания. Существуют данные о роли генетических факторов — высокой заболеваемости в семьях, значительно более высоких показателях конкордантности у монозиготных, чем у дизиготных, близнецов. Показатели нейробиологических нарушений: отклонения на ЭЭГ у 50% пациентов; нарушения дофаминовой активности; отличающийся от нормы уровень гомованилиновой кислоты (метаболита дофамина) — усугубление или возникновение тиков под действием стимуляторов, являющихся агонистами дофамина; дофаминовые антагонисты обычно уменьшают тики. Синдром де ла Туретта и другие расстройства в виде тика необходимо дифференцировать с такими расстройствами, как дискинезии, хорей Сиденхема, болезнь Гентингтона. Синдрому дела Туретта сопутствуют РДВГ, проблемы, связанные с обучением, и обсессивно-компульсивные симптомы, высокая распространённость которых отмечается среди ближайших родственников. Больные часто подвергаются социальному ostracismu. При отсутствии лечения расстройство обычно принимает хроническое течение с периодами ослабления и обострения.

3. Лечение

а. Фармакотерапия. Табл. 20-4.

і. Галоперидол. Существенно улучшает состояние около 85% пациентов;

иногда необходимо назначение препарата в дозах, дающих седативный эффект.

Расстройства младенческого, детского и подросткового возраста 341

и. Пимозид. Как и галоперидол, оказывает выраженное антидофаминергическое

действие; существует небольшой риск замедления сердечной проводимости.

ш. Клонидин. α_2 -Адренергический антагонист; не столь эффективен, как галоперидол или пимозид, однако его приём не связан с риском возникновения поздней дискинезии. Существуют некоторые подтверждения вовлечения норадренергического механизма при синдроме де ла Туретта.

б. Психотерапия. Проведение консультаций или терапии часто необходимо как для ребёнка, так и для членов семьи. Предметом анализа должны стать причины расстройства, способы его коррекции и остракизм со стороны окружающих. Групповая терапия может уменьшить социальную изоляцию.

Б. Расстройство в виде хронических моторных или голосовых тиков. Аналогично синдрому де ла Туретта со сходными диагностическими критериями, за исключением того, что при данном расстройстве наблюдаются либо единичные, либо множественные моторные или голосовые тики, которые возникают не вместе, а по отдельности. Расстройство более распространено, чем синдром де ла Туретта, но тяжесть его симптомов и социальные нарушения не столь выражены. Расстройство в виде хронических моторных или голосовых тиков и синдром де ла Туретта часто возникают у членов одной семьи. Нейробиологические особенности при синдроме де ла Туретта и лечение идентичны. В. Расстройство в виде транзиторных тиков. Конкретные сведения о распространённости отсутствуют; по неуточнённым данным, у 5-24% школьников отмечаются нарушения, которые напоминают тик в той или иной его форме. Соотношение распространённости среди детей мужского и женского пола равно 3:1.

1. Диагноз и симптомы

Таблица 20-19. Диагностические критерии расстройства в виде транзиторных тиков по DSM-IV

А. Единичные или множественные моторные и/или голосовые тики

Б. Тики возникают несколько раз в день, почти каждый день по меньшей мере в течение 4 нед, но не более одного года

В. Расстройство вызывает дистресс или нарушение в социальной, трудовой или других сферах жизнедеятельности

Г. Расстройство возникает в возрасте до 18 лет

Д. Расстройство не имеет прямой связи с воздействием психоактивного вещества (например, стимуляторов) и не обусловлено соматическим или неврологическим заболеванием (например, болезнью Геншинг-тона или вирусным энцефалитом)

Е. Состояние больного никогда не соответствовало критериям синдрома дела Туретта или расстройства в виде хронических моторных или голосовых тиков
Уточните характер расстройства:

Единичный или рекуррентный эпизод

2. Общие замечания. В большинстве случаев тики являются психогенными. Они обостряются во время стресса и имеют тенденцию к спонтанной ремиссии. У небольшого числа больных развиваются хронические моторные или голосовые тики или синдром дела Туретта.

342 Глава 20 IX А

3. Лечение. В лёгких случаях может не требоваться. В тяжёлых случаях показаны методы поведенческой терапии или психотерапия. Лекарственные средства, используемые для лечения других расстройств в виде тика, следует назначать лишь в тяжёлых случаях.

IX. РАССТРОЙСТВА ВЫДЕЛИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

А. Энкопрез. Распространённость — около 1 % детей в возрасте до 5 лет; более

характерен для мальчиков.

1. Диагноз и симптомы

Таблица 20-20. Диагностические критерии энкопреза по DSM-IV

А. Непроизвольная или намеренная повторяющаяся дефекация при неадекватных для этого обстоятельствах (например, в одежду, на пол)

Б. Основное проявление расстройства отмечается не менее 1 раза в месяц в течение 3 мес и более

В. Возраст больного не менее 4 лет (либо как эквивалент — соответствующий ему уровень развития) Г. Поведение не имеет прямой связи с воздействием какого-либо вещества (например, слабительных средств)

и не обусловлено соматическим или неврологическим заболеванием, за исключением случаев, связанных с возникновением запора

Кодировать расстройство следует с указанием его типа: Недержание кала с запором и переполнением кишечника Недержание кала без запора и переполнения кишечника

2. Общие замечания. Надо исключить соматическое заболевание, например врождённый аганглиоз толстой кишки (болезнь Гиршпрунга). Неадекватное приучение к пользованию туалетом создаёт основу для возникновения борьбы между ребёнком и родителем и может вызвать функциональный энкопрез. У некоторых детей отмечается недостаточность сократительной функции желудка, что также способствует развитию расстройства. Некоторые дети боятся пользоваться туалетом. Если недержание вызвано запором и переполнением кишечника, возможно развитие ущемления и трещины заднего прохода; в связи с этим больные могут испытывать боль при дефекации, которая становится более продолжительной. Больные, у которых недержание не вызвано запором и переполнением кишечника, часто проявляют расстройство в виде вызывающей оппозиции или другое расстройство поведения. Некоторые семейные события, например рождение брата (сестры) или разлука с родителями, часто способствуют развитию энкопреза. Энкопрез обычно вызывает чувство стыда и приводит к социальному ostracism. В случае, если энкопрез является умышленным, связанные с ним психопатологические нарушения обычно носят тяжёлый характер. Около 25% пациентов страдают также энурезом. Энкопрез может продолжаться годами, но обычно завершается выздоровлением.

3. Лечение. Ребёнку может потребоваться индивидуальная психотерапия, предметом внимания которой должны стать природа расстройства, а также чувство стыда или ostracism. Часто эффективны методы поведенческой терапии. Во многих случаях необходимы консультация родителей и семейная терапия. При обнаружении ущемления или трещины заднего прохода следует проконсультироваться с педиатром.

Расстройства младенческого, детского и подросткового возраста 343

Б. Энурез (не обусловленный соматическим или неврологическим заболеванием). Распространённость: в возрасте 5 лет — 7% мальчиков, 3% девочек; в возрасте 10 лет — 3% мальчиков, 2% девочек; в возрасте 18 лет — 1% юношей, редко у девушек. Дневное недержание мочи является менее распространённым и чаще встречается у девочек.

1. Дигноз и симптомы

Таблица 20-21. Диагностические критерии энуреза по DSM-IV

А. Непроизвольное или намеренное повторяющееся мочеиспускание в постель или в одежду.

Б. Поведение является клинически значимым, о чём свидетельствует либо его частота (дважды в неделю в течение не менее 3 следующих месяцев), либо наличие дистресса или нарушения в социальной, учебной или других сферах жизнедеятельности.

В. Возраст больного не менее 5 лет (либо как эквивалент — соответствующий

ему уровень развития). Г. Поведение не имеет прямой связи с воздействием какого-либо вещества (например, диуретика) и не обусловлено соматическим или неврологическим заболеванием, таким, как диабет, аномалия развития позвоночника (spina bifida), судорожные припадки. Уточните тип расстройства: Энурез

Дневное недержание мочи Энурез и дневное недержание мочи

2. Общие замечания. Отмечается тенденция передачи энуреза по наследству; более высокие показатели конкордантности у монозиготных, чем у dizиготных, близнецов. У некоторых пациентов отмечаются небольшой объём мочевого пузыря и вследствие этого частое мочеиспускание. В отличие от сновидения или ночных кошмаров энурез, судя по всему, не связан с определённой стадией сна. У многих пациентов не отмечается сопутствующего психического расстройства и нарушение отражает лишь конфликт с родителями, утрату самооценки и социальный остракизм. Энурез нередко сосуществует с другими заболеваниями и может быть спровоцирован такими событиями, как рождение брата (сестры) или разлука с родителями. Спонтанные ремиссии часто отмечаются в возрасте 6-8 лет и с наступлением периода полового созревания.

3. Лечение

а. Фармакотерапия. Используется редко в силу частых спонтанных ремиссий, успешного применения поведенческих подходов и развития толерантности к лекарственным средствам. Имипрамин часто эффективен для ослабления или устранения основного симптома, однако примерно через 6 нед может развиться толерантность к препарату. Механизм действия неясен; рассматриваются эффекты воздействия на функционирование мочевого пузыря в сопоставлении с циклом сна. Отмечается успешное применение десмопрессина.

б. Психологическое воздействие

i. Поведенческие подходы. Следует записывать в календаре ночи без энуреза и отмечать их как достижения звёздочкой, а 5-7 ночей подряд без энуреза — подарком. Классическое сочетание со звонком (или гудком) является эффективным, но трудноприменимым способом лечения.

ii. Психотерапия. Не рекомендуется, за исключением случаев, когда расстройство сочетается с другими психическими отклонениями, такими, как снижение самооценки. Исследование конфликтов, лежащих в основе заболевания, не принесло ожидаемого успеха. Часто необходимо консультирование родителей.

344 Глава 20 ХА

Х. ДРУГИЕ РАССТРОЙСТВА МЛАДЕНЧЕСКОГО, ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

А. Тревожное расстройство, вызванное разлукой. Распространённость не установлена. Соотношение распространённости среди детей мужского и женского пола равно 1:1. Заболевание развивается в детском и подростковом возрасте; в наиболее тяжёлых случаях расстройство возникает в возрасте около 11 лет.

1. Диагноз и симптомы

Таблица 20-22. Диагностические критерии тревожного расстройства, вызванного разлукой, по DSM-IV

А. Несоответствующая уровню развития чрезмерная тревога, связанная с разлукой с домом или с теми людьми, к которым больной привязан, проявляющаяся по меньшей мере 3 симптомами из следующих:

1. Рецидивирующий, чрезмерный дистресс при ожидаемой или реальной разлуке с домом или основными субъектами привязанности
2. Устойчивое и чрезмерное беспокойство, связанное с возможной потерей основных субъектов привязанности или ожиданием опасности в отношении их

3. Устойчивое и чрезмерное беспокойство, связанное с тем, что неблагоприятное событие приведёт к разлуке с основными субъектами привязанности (например, больной потеряется или его похитят)

4. Устойчивое нежелание или отказ идти в школу либо в другие места из-за страха разлуки

5. Устойчивый и чрезмерный страх или нежелание оставаться в одиночестве в отсутствие дома основных субъектов привязанности или в других аналогичных ситуациях

6. Устойчивое нежелание или отказ идти спать в отсутствие дома основных субъектов привязанности или нежелание спать вне дома

7. Повторяющиеся кошмарные сновидения, которые включают тему разлуки

8. Повторяющиеся жалобы на соматические симптомы (такие, как головная боль, боль в желудке, тошнота или рвота) при ожидаемой или реальной разлуке с домом или основными субъектами привязанности

Б. Продолжительность расстройства составляет не менее 4 нед

В. Расстройство возникает в возрасте до 18 лет

Г. Расстройство вызывает дистресс или нарушение в социальной, учебной, трудовой или других сферах жизнедеятельности

Д. Расстройство возникает не на фоне общего расстройства развития, шизофрении или другого психического расстройства, а у подростков и взрослых не может быть отнесено на счёт панического расстройства с агорафобией

Уточните тип расстройства:

С ранним началом, если расстройство возникает в возрасте до 6 лет

2. Общие замечания. Тревожное расстройство, вызванное разлукой, наблюдается у членов одной семьи, однако характер генетической передачи неясен. По некоторым данным, возникает у детей, родители которых страдали этим же расстройством или в настоящее время страдают паническим расстройством, агорафобией либо депрессией. Сведения о нейробиологических особенностях отсутствуют. В тяжёлых случаях существует риск ослабления способности к социальным контактам.

3. Лечение

а. Фармакотерапия. Табл. 20-4.

Расстройства младенческого, детского и подросткового возраста 345

i. Антидепрессанты. Можно использовать трициклические или тетрациклические препараты, например имипрамин.

ii. Анксиолитики. Воздействие анксиолитиков при лечении тревожных расстройств детского возраста изучено недостаточно. В целом их эффективность недостаточно подтверждена практикой. iii. Нейролептики. Неэффективны при тревожных расстройствах. Кроме того,

ожидаемый эффект лечения не оправдывает риск побочных эффектов. iv. Антигистаминные средства. Дифенгидрамин иногда используют для ослабления тревоги, возникающей в детском возрасте. Эффективность препарата ограничена; у детей иногда возникают парадоксальные реакции. б. Психологическое воздействие. Рекомендуются использование ряда терапевтических подходов:

i. Индивидуальная психотерапия. Невозможность разлучиться с родителями может быть вызвана злыми, деструктивными чувствами по отношению к ним, которые вначале подавляются и проецируются на окружающее, а затем воспринимаются как постоянные угрозы благополучию ребёнка или родителей. Облегчение наступает в результате избегания разлуки. Согласно другим теориям, причиной расстройства являются сильная привязанность и ненадёжная система безопасности мать-младенец. ii. Семейная терапия или консультация родителей. Рекомендуются, если

родители поощряют в ребёнке тревогу, вызванную разлукой. iii. Модификация поведения. Может быть эффективна для достижения спокойной разлуки с

родителями и возвращении в школу. Б. Селективный мутизм. Встречается редко, чаще у девочек.

Диагноз ставится в случае, если ребёнок, который владеет навыками речи и может понимать других людей, отказывается разговаривать в течение по меньшей мере 1 мес (период, не ограниченный первым месяцем учёбы в школе) в определённых социальных ситуациях. Начинается в возрасте между 4 и 8 годами; обычно проходит в течение нескольких недель или месяцев. Связан с чрезмерной опекой и амбивалентностью со стороны родителей, расстройствами общения, застенчивостью и оппозиционным поведением. Лечение может включать индивидуальную психотерапию и консультирование родителей. Хороший эффект может дать использование ингибиторов обратного захвата серотонина. В. Реактивное расстройство привязанностей в младенческом и раннем детском возрасте. Распространённость и соотношение заболеваемости среди детей мужского и женского пола не установлены. Часто диагностируется и лечится педиатром. Диагноз ставится в случае, если крайне неадекватное воспитание (устойчивое игнорирование физических и эмоциональных потребностей ребёнка или частая смена воспитателя) приводит к выраженному нарушению способности устанавливать социальные отношения у детей младше 5 лет. Реактивное расстройство привязанностей по заторможенному типу характеризуется невозможностью устанавливать отношения или отвечать на них и сопровождается такими симптомами, как апатия, пассивность и отсутствие способности к визуальному слежению. Реактивное расстройство привязанностей по расторможенному типу характеризуется неразборчиво дружественным поведением и плохо модулированным социальным взаимодействием. У таких детей также отмечаются апатия, пассивность и неспособность к визуальному слежению. Нарушение не обусловлено умственной отсталостью или аутизмом.

346 Глава 20 XIA

1. Общие замечания. Окружность головы больного соответствует норме; отмечаются значительно сниженная масса тела и задержка роста. Нормальное функционирование гипофиза. Расстройство характерно для детей, имеющих низкий социально-экономический статус, матери которых находятся в состоянии подавленности, изолированы и были в прошлом жертвами насилия. Чем раньше происходит терапевтическое вмешательство, тем более вероятен его успех. Может развиваться характер, лишённый проявлений аффекта. Возможна смерть.

2. Лечение. Если воспитатель не может быть найден, необходимо обеспечить постоянное пребывание ребёнка в благоприятной среде. Выраженный дефицит питания и соматические заболевания могут потребовать госпитализации. В некоторых случаях для ребёнка создаются благоприятные условия жизни дома путём консультации родителей, обеспечиваются помощь социального работника либо материальное содействие или лечение психических расстройств у членов семьи.

Г. Стереотипное двигательное расстройство. Диагноз ставится при наличии повторяющихся, не имеющих функциональной значимости движений (таких, как встряхивание руками, раскачивание, удары головой, кусание ногтей, ковыряние в носу, выдёргивание волос), которые наблюдаются не менее 4 нед и значительно препятствуют нормальной жизнедеятельности больного или вызывают физическое повреждение. Расстройство часто наблюдается при умственной отсталости и слепоте. Диагноз стереотипного двигательного расстройства не ставится в случае, если действия больного связаны с обсессивно-компульсивным расстройством, общим расстройством развития или трихотилломанией. Повышение дофаминовой активности обостряет проявление стереотипных движений. Общего расстройства развития или расстройства в виде тика не бывает. Лечение в каждом конкретном случае индивидуально. Если симптомы расстройства обостряются во время

фрустрации, тоски или напряжения, предметом анализа должны стать эти или им подобные состояния. Самоповреждающее поведение может потребовать использования лекарственных средств, таких, как галоперидол, литий или антагонисты опиатов, воздействие которых в настоящее время исследуется (табл. 20-4).

В данном разделе не приведены клинические критерии анаклитической депрессии Шпит-ца в младенческом возрасте (обусловленной разлукой с матерью), депрессии у сибсов (родных братьев и сестёр) в подростковом возрасте, универсального детского синдрома страха. Расстройства привязанностей представлены только дефицитарным полюсом, в то время как патологические сверхценные привязанности не выделены вовсе. Не представлены клиника и возрастная специфика детских и подростковых депрессий, аффективных фаз, психогенных личностных и невротических реакций, соматических и вегетативных депрессий.

XI. ДРУГИЕ РАССТРОЙСТВА, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

А. Шизофрения с началом в детском возрасте. Результаты ряда исследований подтверждают наличие у некоторых детей бреда или галлюцинаций (слуховых или зрительных). Тем не менее лишь немногие дети или подростки в раннем подростковом возрасте страдают шизофренией. Бред, галлюцинации и расстройства мышления с трудом поддаются диагностике в детском возрасте. Некоторым пациентам, которые в детстве имели диагноз шизофрении, в подростковом возрасте ставится диагноз расстройства настроения.

Расстройства младенческого, детского и подросткового возраста 347

Лечение проводится антипсихотическими средствами (хотя сведения об эффективности данного метода отсутствуют). Могут потребоваться психотерапия, семейная терапия и специальное обучение (см. главу 7).

Б. Расстройства настроения. Состояние некоторых детей, не достигших пубертатного возраста, соответствует критериям большого депрессивного расстройства. Эффективность использования антидепрессантов в данном случае ещё не подтверждена практикой. Лечение детей, не достигших пубертатного возраста, и подростков с симптомами мании или гипомании успешно проводится литием (см. главу 9).

В. Другие расстройства. Состояние некоторых детей соответствует критериям тревожных расстройств, включая генерализованное тревожное расстройство, специфическую фобию, социальную фобию, обсессивно-компульсивное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство и паническое расстройство (см. главу 10). Кломипрамин даёт хороший эффект при лечении детей, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством. Посттравматическое стрессовое расстройство может быть вызвано физическим или сексуальным насилием.

В детском и подростковом возрасте также могут быть диагностированы расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, расстройства половой идентификации, соматоформные расстройства, расстройства сна и расстройства адаптации.

XII. ДРУГИЕ РАССТРОЙСТВА, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

А. Насилие или пренебрежение в отношении детей. По приблизительным данным, ежегодно в США 1000 000 детей становятся жертвами насилия или пренебрежительного отношения, которые уносят от 2000 до 4000 жизней в год. Такие дети во многих случаях имеют низкую массу тела при рождении или рождаются недоношенными (50% всех детей, ставших жертвами насилия), страдают физическими или психическими недостатками (например, умственной отсталостью, церебральным параличом) или являются «трудными» детьми (например, дети с вызывающим, гиперактивным поведением). Насилие по отношению к ребёнку часто проявляет его мать, которая сама в детстве была жертвой насилия. Родители этих детей часто

отличаются импульсивностью, антисоциальностью, нарциссизмом, злоупотребляют психоактивными веществами или страдают депрессией. Каждый год сообщают о 150 000-200 000 случаев сексуального насилия. 2-8% заявлений об этом являются ложными, а многие не могут быть подтверждены. В 8 из 10 случаев насилия преступник, обычно мужчина, известен ребёнку. В 50% случаев преступником является родной или приёмный отец или родственник.

Б. Самоубийство. Попытки самоубийства и его совершение редко встречаются у детей, не достигших 13 лет. В большей степени характерны суицидальные мысли, угрозы и менее выраженные по сравнению со взрослыми намерения, которые часто являются поводом для госпитализации. Дети, стремящиеся покончить жизнь самоубийством, во многих случаях страдают депрессией (и иногда озабочены мыслями о смерти), однако суицидальные тенденции также могут отмечаться у озлобленных, импульсивных детей, а также у детей, недавно перенесших эмоциональную травму.

Суицидальное поведение с большей силой проявляется у подростков, и в этом случае также требует госпитализации. Оно коррелирует с депрессией, агрессивным поведением и злоупотреблением алкоголем. У девочек суицидальные мысли, намерения или попытки встречаются чаще. Серьёзные попытки самоубийства и завершённые суициды более

348 Глава 20 XIIВ

характерны для лиц мужского пола и коррелируют с доступностью алкоголя, нелегально производимых препаратов или лекарственных средств, которые ослабляют самоконтроль и могут использоваться с целью передозировки.

Родители часто находятся в неведении относительно суицидальных мыслей или поведения своих детей, что делает необходимым проведение прямого опроса пациентов (см. главу 19).

В. Поджог. Отмечается в ряду таких проявлений, как разрушение имущества, воровство, лживость, склонность к самоповреждению и проявление жестокости по отношению к животным. Соотношение распространённости среди лиц мужского и женского пола составляет 9:1.

Г. Ожирение. Имеется у 5-20% детей и подростков. Изредка отмечается синдром ожирения-гипервентиляции, сходный с пиквикским синдромом у взрослых. Ожирение может сопровождаться одышкой; сон характеризуется храпом, возможны апноэ (кратковременная остановка дыхания) и гипоксия. В результате этого может наступить смерть. Следует исключить другие заболевания, такие, как гипотиреоз, синдром Прадера-Вими (наследственное нарушение обмена веществ с отставанием в умственном развитии, ожирением и др.).

Д. Синдром приобретённого иммунодефицита (СПИД). СПИД поставил перед детскими и подростковыми психиатрами ряд сложных проблем. Например, уход за пациентами молодого возраста, принадлежащими к низшим социально-экономическим слоям, и без того недостаточный из-за нехватки средств, ещё больше осложняет заболевания, связанные с ВИЧ-инфекцией, а также смерть родителей и родственников. Нуждающиеся в психиатрической помощи пациенты молодого возраста с клинически бессимптомными положительными серологическими реакциями, которым показано амбулаторное лечение, не могут его получить из-за страха окружающих заразиться болезнью. В подростковом возрасте СПИД ещё более осложнил проблемы, связанные с сексуальностью и злоупотреблением психоактивными веществами (см. главу 4).

21

Гериатрическая психиатрия

I. ВВЕДЕНИЕ

Гериатрическая психиатрия изучает вопросы профилактики, диагностики и лечения психических расстройств, возникающих в преклонном возрасте, а

также проблемы увеличения продолжительности жизни и укрепления психического здоровья пожилых людей.

II. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Увеличение продолжительности жизни американцев привело к возрастанию абсолютного числа и процента пожилых людей среди населения. Согласно переписи населения 1990 г., люди, достигшие глубокой старости (не менее 85 лет), составляют наиболее быстро увеличивающуюся часть пожилого населения. Несмотря на то что эти люди составляют лишь 1,2% всего населения, их число в 1990 г. увеличилось на 232% по сравнению с 1960 г. Жители страны 85 лет и старше на сегодняшний день составляют 10% всех людей старше 65 лет. С 1960 г. пожилое население Америки увеличилось на 85%, а прирост всего населения составил 39%. На каждые 100 женщин 85 лет и старше приходится 39 мужчин того же возраста.

III. МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ

Главными причинами смерти пожилых людей становятся болезни сердца, инсульт, болезнь Альцгеймера и пневмония. Изменения в деятельности ЦНС и психические нарушения сопровождают другие заболевания, которые часто приводят к смерти в преклонном возрасте. Подверженность болезням с возрастом увеличивается. Более половины людей старше 65 лет сообщает о тех или иных симптомах артрита. Аденома предстательной железы наблюдается у 3/4 мужчин старше 75 лет. Недержание мочи возникает у 1/5 людей преклонного возраста, часто в связи с деменцией. Подобные расстройства изменяют поведение пациентов. Артрит, например, может ограничить двигательную активность и изменить привычный образ жизни. Пожилые люди, которые осознают существование у себя определённых расстройств, как и другие люди, испытывают глубокое смущение, обнаружив у себя, например, недержание мочи, ограничивают свою активность, скрывают заболевание или отрицают его, чтобы сохранить самооценку.

Болезни сердечно-сосудистой системы являются причиной высокой смертности в преклонном возрасте. Гипертензия может наблюдаться у 40% пожилых людей, многие из которых получают лечение в виде диуретиков или гипотензивных средств. Сама по себе эта болезнь может вызвать ряд нарушений ЦНС — от головной боли до инсульта, а лекарственные препараты, используемые для лечения гипертонической болезни, могут

349

350 Глава 21 IV А

обусловить расстройства когнитивных функций и настроения либо косвенным образом (например, вследствие нарушения электролитного баланса как результат лечения диуретиками), либо напрямую (например, из-за изменений нейронной передачи, вызванных антагонистами α -адренергических рецепторов).

В процессе старения появляются сенсорные изменения. У 1/3 пожилых людей в той или иной степени снижен слух. Согласно проведённому исследованию, почти у половины людей 75-85 лет наблюдается катаракта и более чем у 70% — глаукома. Ухудшение зрения в преклонном возрасте также вызывают нарушения конвергенции, аккомодации и дегенерацию жёлтого пятна. Данные изменения часто сочетаются с психическими нарушениями, усиливая их и придавая симптомам особую окраску.

IV. КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

В отечественной психиатрии психические расстройства позднего возраста принято подразделять на 2 группы. К 1-й группе относятся заболевания, возникшие в более раннем возрасте и продолжающиеся или обостряющиеся в процессе старения, а также заболевания, впервые возникшие в позднем возрасте, но не специфичные для него, способные формироваться в любом возрасте. Ко 2-й группе относятся психические заболевания, свойственные только позднему возрасту, прямо или косвенно связанные с комплексом

факторов, сопровождающих процесс старения (нейроэндокринные сдвиги, функциональные и органические изменения ЦНС и всего организма, изменение социально-психологической ситуации, «психологическое старение»). Эту группу составляют функциональные психические расстройства позднего возраста, сенильные и пресенильные деменции, атеросклероз сосудов головного мозга и гипертоническая болезнь. Функциональными считаются расстройства, которые не приводят к слабоумию: климактерические неврозоподобные состояния, инволюционные депрессии (меланхолии), инволюционные бредовые психозы (параноид, паранойя), кататонические и галлюцинаторные психозы позднего возраста

А. Депрессия

1. Признаки и симптомы. Заболеваемость депрессией с возрастом увеличивается, а ремиссии, т.е. интервалы между депрессивными эпизодами, имеют тенденцию к уменьшению. С возрастом также повышается число самоубийств. В то же время некоторые симптомы, а именно obsessions (навязчивость, в том числе фобии), встречаются у пожилых людей не очень часто.

Изучение эпидемиологии депрессии, возникающей в пожилом возрасте, осложняется идентичностью некоторых симптомов депрессии и деменции. Родственники больных деменцией часто обращаются к врачам, отмечая в качестве основного симптома депрессию у пациента, хотя истинного расстройства настроения у него нет. Психиатр должен уметь отличать такие симптомы, как бедность речи, замедленность походки, оскудение аффекта и снижение активности в общественной и личной жизни при депрессии у молодых людей, от сходных симптомов начальной стадии деменции в преклонном возрасте. Выявление интеллектуального снижения у пациентов с деменцией позволяет поставить верный диагноз, если у врача были основания для сомнений.

Гериатрическая психиатрия 351

Депрессия может сочетаться с деменцией, в том числе часто возникает на ранних стадиях болезни Альцгеймера. Если депрессия возникает в структуре болезни Альцгеймера, то в клинической картине отмечают плаксивость, нарушение сна, подозрительность, тревога и ажитация, которые формируют поведение больных. Иные симптомы напоминают депрессию в других её проявлениях и могут возникать при депрессии в рамках болезни Альцгеймера (жалобы на соматическое состояние, обсессивные расстройства). В то же время глубокая депрессия встречается относительно редко,¹ и у пациентов с депрессией при болезни Альцгеймера очень редко обнаруживается суицидальное поведение. Демонстративные заявления («лучше бы я умер») свойственны пациентам с болезнью Альцгеймера, но не сопровождаются суицидальными намерениями или действиями.

В отличие от психотических расстройств депрессия практически никогда не возникает на поздних стадиях болезни Альцгеймера, хотя может на многие месяцы и годы опережать симптомы интеллектуальных расстройств.

Острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт) часто сопровождается депрессией на фоне деменции или без неё. Считается, что поражения лобных долей головного мозга влияют на появление аффективных симптомов. Депрессия, вызванная острым нарушением мозгового кровообращения, сочетается с недержанием эмоций, т.е. с внезапными эпизодами плаксивости, однако без выраженного устойчивого эмоционального снижения или дисфории.

В дополнение к деменции и церебрально-сосудистым нарушениям депрессия у пожилых людей часто становится результатом различных соматических расстройств. Например, нарушение электролитного баланса, обусловленное употреблением диуретиков, в том числе в сочетании с другими лекарственными средствами, может вызвать расстройство настроения, как и

недостаточность витамина B12, обусловленная снижением абсорбции и возникающая после операции на органах желудочно-кишечного тракта. Такие депрессии в отечественной психиатрии называются инволюционными, если они возникают в возрасте 45-60 лет, или сенильными (старческими), если возникают в более позднем возрасте. Инволюционная депрессия (инволюционная меланхолия) — затяжная тревожная или тревожно-бредовая депрессия, имеющая однофазный характер, что является существенной клинической особенностью и критерием диагностики (в отличие от биполярного маниакально-депрессивного психоза). Тревога беспредметна (мрачные предчувствия, ожидание несчастья), усиливается вечером и ночью. Может быть атипичная депрессия с вялостью, дисфорией и ипохондрическими расстройствами. Классическая картина инволюционной депрессии — сочетание тревожно-депрессивного аффекта с двигательным беспокойством, достигающим степени возбуждения и неистовства (ажитированная депрессия). Ажитация — важный диагностический признак инволюционной депрессии — может чередоваться с оцепенением (депрессивный ступор). Часто присоединяется депрессивный бред (самообвинения, самоуничтожения, обнищания, греховности, осуждения) или ипохондрический. Типичный для инволюционной депрессии бред Котара — нигилистически-ипохондрический депрессивный бред. Возможны соответствующие аффекту вербальные иллюзии и галлюцинации. Такой сложный депрессивный синдром может сохраняться несколько лет, характеризуясь монотонностью, однообразием аффективно-бредовых расстройств, что

352 Глава 21 IV A

является характерным признаком инволюционных депрессий. Чаше наблюдается однократный затяжной приступ; при своевременном лечении наступает глубокая и стойкая ремиссия. В более позднем возрасте депрессии имеют сходную клиническую картину, но тревожно-депрессивный аффект чаще сопровождается раздражительностью (так называемые ворчливые депрессии) или злобой.

2. Лечение. Первичные (идиопатические) депрессивные расстройства в пожилом возрасте представляют собой серьёзные и во многих случаях угрожающие жизни состояния. Способы лечения, на которые следует обратить внимание в первую очередь, включают применение трициклических антидепрессантов, ингибиторов обратного захвата серотонина (ОЗС), бупропиона, электросудорожной терапии (ЭСТ) и ингибиторов моноаминоксидазы (МАО).

а. Антидепрессанты. Все антидепрессанты эффективны при лечении депрессивного синдрома, но их побочное действие требует осторожности при выборе препарата. i. Трициклические антидепрессанты. Для лечения пожилых людей предпочтительнее использовать вторичные производные амина, дезипрамин и нор-триптилин из-за их незначительного антихолинергического, ортостатического и седативного побочного действия. По сравнению с другими трициклическими антидепрессантами нортриптилин в наименьшей степени вызывает ортостатическую гипотензию у пациентов с сердечной недостаточностью. Поскольку действие всех трициклических антидепрессантов сходно с эффектом хинидина, очень важно предварительно сделать ЭЭГ, а также исключить нарушения сердечной проводимости у больного.

и. Ингибиторы МАО. Эффективны при лечении депрессии, поскольку уровень МАО в головном мозге снижается в процессе старения, что может вызвать уменьшение содержания катехоламинов и в результате — депрессию. Однако при лечении пожилых людей ингибиторы МАО следует использовать с осторожностью, так как они часто вызывают тяжёлую ортостатическую гипотензию. Пациентам необходимо исключить из питания продукты, содержащие тирамин, во избежание гипертонических кризов. Вероятность

сложного взаимодействия лекарственных средств, в том числе некоторых анальгетиков (меперидин) и симпатомиметиков, также требует ограничений в пищевом рационе. Если у пациента есть предрасположенность к гипертензии, транилципромин и фенел-зин следует использовать с осторожностью. ш. Бупропион. В целом переносится хорошо, не оказывает седативного действия и не вызывает ортостатических явлений; назначают 3 раза в день. iv. Ингибиторы ОЗС. В целом эти препараты (флуоксетин и др.) безопасны и хорошо переносятся пожилыми людьми. Возможное побочное действие их проявляется тошнотой, желудочно-кишечными расстройствами, нервозностью, ажитацией, головной болью и инсомнией, которые, как правило, умеренно выражены. Нервозность, инсомнию и потерю аппетита чаще всего вызывает флуоксетин, особенно на начальном этапе лечения. Сертралин наиболее часто вызывает тошноту и диарею; пароксетин даёт некоторые антихолинергические эффекты. Ингибиторы ОЗС не оказывают побочного действия, свойственного трициклическим антидепрессантам. Отсутствие ортостатической гипотензии при их

Гериатрическая психиатрия 353

применении, с клинической точки зрения, — важное преимущество при лечении больных преклонного возраста.

б. ЭСТ. Может оказаться предпочтительным методом лечения депрессии у пожилых людей, особенно при сопутствующем серьёзном заболевании, которое ограничивает или препятствует использованию антидепрессантов, либо при отказе пациента принимать пищу, если это представляет непосредственную угрозу его жизни. Риск, связанный с ЭСТ, незначителен, зачастую он ниже, чем при фармакотерапии. Следует определить, будет ли опасность, связанная с тем или иным видом лечения, оправданной при той опасности, которую представляет депрессия, включая психическое состояние пациента и риск самоубийства.

Б. Биполярное расстройство. Частота рецидивов мании и биполярного расстройства с возрастом увеличивается. Средняя продолжительность эпизода болезни у пожилых людей по меньшей мере такая же, как и у людей молодого возраста. Наибольшее число случаев заболевания биполярным расстройством приходится на возраст до 50 лет; возникновение расстройства после 65 лет нетипично. Если маниакальный эпизод впервые появляется после 65 лет, следует с особым вниманием рассмотреть вероятность органической этиологии. Этиологическими факторами могут быть побочное действие лекарственных средств и сопутствующая расстройству деменция. Использование солей лития для лечения пожилых людей более опасно, чем при лечении людей молодого возраста, из-за повышенной чувствительности стареющего организма к различного рода воздействиям и возрастным физиологическим изменениям. Литий выводится из организма почками, и пониженный почечный клиренс или болезнь почек могут увеличить риск отравления. Диуретики, относящиеся к классу тиазидов, замедляют выведение лития, поэтому одновременное использование этих препаратов требует индивидуального подбора дозы лития. Другие препараты также могут препятствовать выведению лития из организма. Соли лития могут оказывать побочное действие на ЦНС, к которым особенно чувствительны люди пожилого возраста. По этой причине рекомендуется частый контроль за концентрацией лития в сыворотке крови.

Таблица 21-1. Лекарственные средства и их дозы, применяемые в пожилом возрасте для лечения биполярного расстройства I типа

Международное название	Торговое название	Доза в пожилом возрасте, мг/сут
Карбонат лития	Эскалит, литотабс,	75-900

Карбамазепин	литонат, литобид Тегретол	200-1 200
Вальпроат натрия (препарат вальпроевой кислоты)	Депакин, депакот	250-1000
Клоназепам (бензодиазепиновый препарат)	Клонопин	0,5-1,5

12—4950

354 Глава 21 IV В

В. Шизофрения, параноидные состояния и другие психозы, возникающие в позднем возрасте

1. Признаки и симптомы. Первичное поступление в психиатрические больницы пациентов с диагнозом «шизофрения» происходит чаще в возрасте от 25 до 34 лет и относительно редко после 65 лет. Однако параноидные психозы, вызванные различными причинами, часто встречаются у пожилых людей, включая и тех, у которых в преморбиде не было существенных психопатологических проявлений. Иногда сенсорные нарушения, по-видимому, предрасполагают к параноидным психозам в преклонном возрасте. В других случаях появление параноидных психозов связано с цереброваскулярными нарушениями и деменцией. Какова бы ни была картина заболевания, следует внимательно изучить действие лекарственных средств и другие патофизиологические причины, которые могли его вызвать. Результаты недавних исследований показывают, что параноидные психозы иногда предшествуют деменции при болезни Альцгеймера. В других случаях эти состояния могут быть связаны с церебрально-сосудистыми нарушениями, которые не всегда очевидны при клиническом обследовании. Изменения в нейронной передаче, связанные со старением, также могут предрасполагать к психозам. Например, нарушения дофаминергического функционирования связаны с происходящей в процессе старения атрофией части клеток в чёрной субстанции с симптомами паркинсонизма или без них. Происходящие в процессе старения изменения норадренергического функционирования связаны с атрофией части клеток голубоватого места. Подобным же образом возникающие в процессе старения изменения в холинергической системе связаны с пониженной активностью фермента холинацетилтрансферазы. В целом эти и другие нейрохимические изменения ЦНС вызывают изменения системы нейронной передачи; эти изменения часто предрасполагают к появлению психозов у пожилых людей.

2. Лечение. Для понимания причин психозов и для их лечения важно учитывать изменения в системах нейронной передачи, происходящие в пожилом возрасте. В целом терапевтический эффект препаратов при лечении психозов у пожилых людей зачастую обеспечивают гораздо меньшие дозы, чем при терапии аналогичных расстройств в молодом возрасте. Пожилые люди также более чувствительны ко многим побочным эффектам антипсихотических средств, чем молодые.

Люди пожилого возраста проявляют особую чувствительность к экстрапирамидным побочным эффектам. Иногда у них нарушается глотание, утрачивается речь и способность передвигаться в результате применения лекарственных средств в дозах, которые не вызвали бы сколько-нибудь значительных нарушений у других пациентов. Отчасти в результате связанных со старением изменений вегетативной нервной системы пожилые люди крайне подвержены ортостатическим побочным эффектам нейролептиков. Иногда больные падают из-за ортостатических экстрапирамидных побочных эффектов и седативного действия нейролептиков. Риск падения увеличивается при сочетании побочных эффектов различных лекарственных

средств, наличии артритов, сосудистых заболеваний, аритмии, преходящих нарушений мозгового кровообращения, паркинсонизма и других связанных с возрастом нарушений. Перелом шейки бедра после падения, связанного с побочным действием лекарственных средств, может быть одной из основных причин заболеваемости в пожилом возрасте и косвенной причиной летального исхода. Таким образом,

Гериатрическая психиатрия 355

потенциально опасные, а иногда и представляющие угрозу для жизни побочные эффекты нейролептиков необходимо сводить до минимума при назначении этих препаратов пожилым людям.

Считается, что нейронные изменения холинергической системы также предрасполагают к антихолинергическому побочному действию лекарственного средства. Однако следует заметить, что тиоридазин — нейролептик с наиболее высокой антихолинергической активностью — лишь приближается по воздействию на холинергические рецепторы к дезипрамину — препарату из класса трициклических антидепрессантов. К тому же дозы нейролептиков, назначаемые пациентам пожилого возраста, часто гораздо ниже, чем дозы для более молодых пациентов. Следовательно, на практике антихолинергические побочные эффекты нейролептиков не столь опасны для пожилых людей, как экстрапирамидные, ортостатические и седативные. Клинический опыт также показывает, что терапевтическое действие нейролептиков у пожилых людей может не проявляться в течение 4 нед и более. Вследствие этого при лечении психозов у пожилых людей следует руководствоваться правилом: «начинай с малого и не торопись». При лечении более молодых пациентов побочные эффекты влияют на выбор того или иного нейролептика, но не существует единой методики выбора наиболее подходящего нейролептического средства для пожилых людей или возможности определить, какой препарат — сильного или слабого действия — для них более предпочтителен.

Из маломощных нейролептиков пожилым пациентам часто назначают тиоридазин, обычно начиная с 10 мг 1-3 раза в день, из сильнодействующих нейролептиков — галоперидол при начальной дозе 0,25 или 0,5 мг 1-3 раза в день. Нарушение интеллекта, связанное со старением, болезнь Альцгеймера и другие расстройства с проявлениями деменции. Снижение интеллекта — одно из наиболее распространённых и наиболее серьёзных (с учётом заболеваемости, смертности и воздействия на членов семьи пациента и на общество в целом) состояний, возникающих в процессе старения.

1. Болезнь Альцгеймера. Когнитивные (интеллектуальные) нарушения, возникающие как естественный результат старения и вызванные прогрессирующей болезнью Альцгеймера, неразрывно связаны. Б. Рейсберг с сотрудниками описали 7 основных клинических стадий развития болезни Альцгеймера, начиная от возможных предпосылок её возникновения и заканчивая самыми тяжёлыми её проявлениями.

I стадия: нормальное состояние. Объективных или субъективных свидетельств ухудшения познавательных функций не наблюдается.

Данные по эпидемиологии нарушений интеллекта в старости указывают на то, что они отмечаются у незначительного числа пожилых людей, возможно, у 20% лиц старше 65 лет.

II стадия: нормальное состояние для своего возраста. Субъективные жалобы на ухудшение когнитивных функций.

У большинства людей старше 65 лет имеются субъективные симптомы: затруднение запоминания имён и местонахождения различных объектов по сравнению с запоминанием 5-10 лет назад.

Возникновение данных симптомов может беспокоить пациента. В Европе они являются главной причиной использования людьми пожилого возраста разных лекарственных средств. В Соединённых Штатах при аналогичных

обстоятельствах используют лецитин, мультивитамины и различные патентованные препараты.

356 Глава 21 IV Г

Прогностические данные указывают на то, что симптомы связанного с возрастом ухудшения памяти не обуславливают дальнейших когнитивных нарушений в старости. Убедительного доказательства эффективности лекарственных средств, несмотря на частое их применение в подобных случаях, не существует.

III стадия: начало болезни Альцгеймера. Имеются данные об объективном ухудшении выполнения профессиональных и социальных задач. Эти нарушения могут проявляться по-разному. Например, больной может безнадёжно потеряться, путешествуя по незнакомой для него местности; сослуживцы могут говорить о снижении производительности при выполнении сложных видов работы; пациент может явно затрудняться в подборе слов и названий предметов в разговоре; нарушения способности к сосредоточению могут быть очевидными для членов семьи пациента или выявляться при клиническом тестировании; возможна явная тенденция забывать только что сказанное и повторяться.

Прогноз этих пока не столь значительных, но заметных симптомов различный. В некоторых случаях они возникают в результате инсультов, включая незначительные нарушения мозгового кровообращения, свидетельства о которых могут отсутствовать в истории болезни и при неврологическом обследовании. В других случаях симптомы обусловлены некоторыми, возможно, нечётко проявляющимися психическими, соматическими и неврологическими расстройствами различной этиологии. Эти симптомы могут быть самыми ранними проявлениями болезни Альцгеймера и способны сохраняться на протяжении 7 лет. Однако диагноз болезни Альцгеймера на этой стадии можно с уверенностью поставить только ретроспективно. Тревога часто сопровождает когнитивные нарушения на III стадии. Предварительный благоприятный прогноз, невозможность точно установить диагноз позволяют наиболее эффективным способом предупреждения тревоги считать воздержание от провоцирующих её возникновения видов деятельности. Например, прекращение работы, с которой пациент не справляется в связи с возникшими когнитивными нарушениями, может исключить ежедневный стресс. Это избавит пациента, по крайней мере на время, от его проблем, поскольку его состояние на данном этапе не вызывает затруднений в выполнении рутинных задач повседневной жизни.

IV стадия: лёгкая форма болезни Альцгеймера. Подробная беседа с пациентом выявляет очевидные когнитивные нарушения.

Они затрагивают память, функциональные способности, а также способности к концентрации внимания и ориентировке. Нарушение концентрации внимания может быть столь значительным, что у пациента возникают трудности не только при выполнении теста на вычитание 7, но и при последовательном вычитании 4 из 40. Кратковременная память может страдать настолько, что больной не помнит некоторые основные события, происшедшие на прошлой неделе. При подробном расспросе может выясниться, что его(её) супруга(супруг) знает гораздо больше о жизни пациента, чем он сам может вспомнить. Называя какую-либо дату, больной может ошибаться на 10 дней и более. Его(её) супруга(супруг) часто обращают внимание на то, что пациент не в состоянии свести баланс при пользовании чековой книжкой, не может вспомнить, как платить за квартиру и оплачивать другие счета, испытывает трудности в приготовлении еды; сходные нарушения выявляются и при выполнении комплексных профессиональных и социальных задач.

Гериатрическая психиатрия 357

Диагноз болезни Альцгеймера можно с уверенностью ставить на этой стадии.

Продолжительность её обычно около 2 лет, но у некоторых пациентов нарушения могут не прогрессировать в течение 4 лет и более.

Наиболее характерным признаком IV стадии является снижение у больного интереса к деятельности, связанной с его личной жизнью, и социальной активности, сопровождающиеся эмоциональным оскудением. На этой стадии могут наблюдаться и депрессивные симптомы, но они, как правило, незначительны, поэтому каких-либо специальных видов лечения не требуют. Однако иногда депрессия может быть выраженной и требовать лечения, часто с использованием небольших доз антидепрессанта. Пациент может жить один, если ему будет предоставлена помощь, например, при плате за квартиру и пользовании банковским счётом.

V стадия: болезнь Альцгеймера средней тяжести. Нарушения настолько значительны, что пациенты не могут обслуживать себя без посторонней помощи. На этой стадии больной может не помнить наиболее значительных фактов своей жизни, например свой адрес, номер школы, в которую он ходил. Больные часто не помнят текущий год, с трудом концентрируют внимание, считают. При этом ошибаются при последовательном вычитании 2 из 20. Кроме неспособности выполнять сложные повседневные действия, пациентам, как правило, бывает трудно выбрать соответствующую погоде и случаю одежду.

Продолжительность этой стадии около 1,5 лет, хотя, как и на предыдущей стадии, у некоторых пациентов данные симптомы могут наблюдаться много лет. Несмотря на то что симптомы психических нарушений на V стадии имеют сходство с симптомами IV стадии, они более выражены, в частности неспособность пациента к нормальной жизнедеятельности и эмоциональное оскудение. Возможны симптомы депрессии. Наблюдаются раздражительность, гневливость и другие симптомы болезни Альцгеймера. В зависимости от характера и тяжести психических нарушений может быть показано лечение либо антидепрессантами, либо антипсихотическими средствами. В последнем случае применимо упомянутое выше правило, которым следует руководствоваться при лечении психозов у пожилых людей: «начинай с малого и не торопись».

Одиноким пациентам на этой стадии заболевания нуждаются в существенной посторонней помощи, чтобы сохранить привычное социальное окружение. Если дополнительная помощь не может быть предоставлена в должной мере или вообще невозможна, пациента приходится помещать в лечебное учреждение. Пациенты, проживающие со своими супругами, часто противятся помощи со стороны, воспринимая это как вмешательство в свою жизнь.

VI стадия: относительно тяжёлая форма болезни Альцгеймера. Достаточно серьёзные нарушения, при которых требуется помощь со стороны в выполнении пациентом основных видов деятельности, связанных с повседневной жизнью. На этой стадии пациент может иногда забывать имя своей(его) супруги(а), кто-то(а) ухаживает за ним(за ней). Больные часто не помнят свой адрес, но, как правило, могут вспомнить название улицы или города, где они живут. Пациент может не назвать номер школы, в которую ходил, но вспоминает определённые факты из раннего периода своей жизни, например место своего рождения, дом, где он жил, или имя по крайней мере одного из родителей. Как правило, пациенты способны правильно произнести своё имя, но могут испытывать трудности при обратном счёте от 10 до 1.

358 Глава 21 IV Г

На протяжении IV стадии, которая длится примерно 2,5 года, прогрессирует неспособность самостоятельно одеваться, соблюдать личную гигиену. В позднем периоде купание или пользование туалетом может осуществляться лишь с посторонней помощью.

Эмоциональные и поведенческие проблемы становятся более выраженными и сложными. Ажитация, гнев, нарушение сна, агрессия и негативизм —

симптомы, которые требуют лечения на этом этапе заболевания. Несмотря на эффективность небольших доз нейролептиков, многим пациентам приходится назначать высокие дозы, причём достичь желаемого эффекта иногда непросто. В привычной социальной среде больным требуется постоянная помощь со стороны. Если пациент проживает с супругой(ом), то супругу(е), как правило, требуется значительная помощь по уходу за больным.

VII стадия: тяжёлая форма болезни Альцгеймера. Нарушения, которые требуют постоянной помощи со стороны для поддержания повседневной жизнедеятельности больного.

Речевая активность на этой стадии резко ограничена или практически отсутствует. Отсутствуют также способность к передвижению и другие моторные функции. Большинство пациентов доживают до этой стадии и умирают обычно тогда, когда утрачивают способность передвигаться. Пациенты редко живут 6 лет и более после наступления VII стадии; большинство из них умирают примерно через 2-3 года. Пневмония становится наиболее частой непосредственной причиной смерти этих больных.

Несмотря на то что ажитация у некоторых пациентов может выступать на первый план, отмена психотропных препаратов зачастую проходит без всяких негативных последствий. Дома престарелых с медицинским обслуживанием более приспособлены для ухода за такими пациентами, но многие преданные супруги предпочитают ухаживать за ними дома. В этом случае, по мере того как основные трудности вызывает поддержание простейшей жизнедеятельности и гигиены (купание, приём пищи), может потребоваться круглосуточная медико-санитарная помощь на дому. Психиатр должен быть готов к обсуждению с членами семьи пациента таких вопросов, как помещение его в специальное лечебное учреждение или использование поддерживающих жизнь больного средств.

2. Сосудистая деменция. Представляет собой вторую по значимости причину развития слабоумия у пожилых людей. Сосудистая деменция часто сопутствует болезни Альцгеймера. Классические патологоанатомические исследования свидетельствуют, что у 50% таких больных деменция сочетается с болезнью Альцгеймера, у 25% имеется болезнь Альцгеймера с цереброваскулярными нарушениями и у 15% — сосудистая деменция без проявлений болезни Альцгеймера.

Распространённость сосудистых заболеваний в популяции высока, что обуславливает их большую клиническую значимость. Однако при болезни Альцгеймера грубость психических нарушений и отсутствие явной связи с каким-либо соматоневрологическим заболеванием вынуждают родственников больного обратиться к психиатру, а при наличии гипертонической болезни или церебрального атеросклероза больные обычно годами лечатся у терапевтов, невропатологов и не попадают в поле зрения психиатра.

Гериатрическая психиатрия 359

Нарастание симптомов деменции связывают с имеющимся цереброваскулярным заболеванием, и к психиатру такие пациенты или их родственники обращаются уже при явных психопатологических нарушениях. Прогрессирование сосудистой деменции можно приостановить, а в некоторых случаях добиться обратного развития многих симптомов при ранней диагностике и своевременно начатом лечении. В связи с этим врачам общей практики, помимо лечения самого сосудистого заболевания, следует обращать внимание и на психические нарушения; при появлении астенических и других невротоподобных жалоб пациента необходимо показать психиатру.

Сосудистую деменцию считают результатом множественных церебральных инфарктов различной тяжести. К церебральным инфарктам и сосудистой деменции предрасполагают гипертензия и сердечные аритмии.

Этиологическими факторами сосудистой деменции отечественные исследователи считают церебральный атеросклероз, тяжёлые формы

гипертонической болезни, гораздо реже — облитерирующий тромбангиит. Патогенетическую роль играют не только церебральные инфаркты, но и острые нарушения мозгового кровообращения в виде инсульта, а также транзиторные нарушения (гипертонические кризы) и сосудистая недостаточность (острая и хроническая), возникающая при экстрацеребральных заболеваниях сосудистой системы. Отечественные исследователи дифференцируют сосудистую деменцию не только нозологически, но и морфологически — с грубоочаговой патологией [с кровоизлиянием в мозг (инсульт) и размягчением вещества мозга (энцефаломалиция)] либо с мелкоочаговой патологией после многократных нарушений мозгового кровообращения.

С клинической точки зрения, сосудистая деменция развивается постепенно, без свойственных болезни Альцгеймера стадий. Однако конечная стадия заболевания прогрессирует так же быстро, как и при болезни Альцгеймера.

На начальных этапах атеросклеротическая деменция в целом прогрессирует, но возможны стабилизация симптоматики и даже ремиссии болезни. Дебютирует она неврозоподобной симптоматикой (раздражительность, повышенная утомляемость, рассеянность, забывчивость, затруднение концентрации внимания, головные боли, расстройства сна, снижение работоспособности) и так называемым шаржированием, заострением ранее свойственных больному черт характера. При прогрессировании болезни всё более отчётливо проявляются нарушения памяти и интеллекта и постепенно развивается глобальная (тотальная, диффузная) деменция. Течение деменции при гипертонической болезни может быть волнообразным (с мерцанием симптоматики, периодами её относительной стабилизации или даже частичным обратным развитием) либо прогрессирующим. Частые и тяжёлые гипертонические кризы и инсульты усугубляют тяжесть симптоматики деменции. Так называемая мозговая катастрофа может привести к острому возникновению лакунарной деменции с неравномерным снижением психических функций, парциальным дефектом личности при сохранности её ядра, основных личностных свойств.

360 Глава 21 IV Г

В смешанных случаях церебральный инфаркт повышает риск заболевания. Развитие заболевания и смерть наступают быстрее при сосудистой деменции и при деменции со смешанной симптоматикой, чем при болезни Альцгеймера. Это связано не с большей злокачественностью сосудистой деменции как таковой (в целом по тяжести симптоматики, снижению личности и интеллектуальных функций сосудистая деменция отличается от церебральных атрофических типов деменции — Альцгеймера, Пика, Гентингтона и др. — менее грубой симптоматикой собственно деменции), а с высокой летальностью вследствие расстройства мозгового кровообращения.

Клиническая картина при сосудистой деменции более разнообразна, чем при болезни Альцгеймера. Например, нарушения речи и походки при сосудистой деменции могут возникать на различных этапах её развития, а при болезни Альцгеймера эти нарушения происходят на определённых стадиях.

Психические нарушения при сосудистой деменции включают обычные для деменции изменения психического состояния — аффективные, психотические нарушения и ажитацию, описанные для каждой стадии болезни Альцгеймера. Наблюдаются также и эмоциональные изменения, свойственные связанной с инсультом деменции, например аффективная неустойчивость и прочие изменения настроения. Как правило, аффективная неустойчивость не устраняется с помощью лекарственных средств. Основные методы лечения, описанные при болезни Альцгеймера, используются и для лечения аффективных, психотических и поведенческих нарушений при сосудистой деменции.

Профилактика сосудистой деменции сводится к лечению гипертензии и

сердечных аритмий и применению препаратов для предотвращения инсульта. Среди последних, вероятно, наиболее эффективны салицилаты (аспирин). При нозологически разных формах сосудистой деменции патогенетическая связь между закономерностями сосудистого заболевания и выраженностью психических нарушений очевидна. Деменция при церебральном атеросклерозе чаще всего лакунарная (дис-мнестическая, парциальная), гораздо реже глобальная. Ей свойственны: неравномерные частичные нарушения; некоторая сохранность ядра личности (навыков поведения, характерных личностных реакций, отношений и установок); частичное осознание болезни, способность критически оценивать собственную несостоятельность на фоне затруднённости и замедленности психических процессов, речи и моторики, снижения психической активности и уровня интеллектуальной деятельности; утрата прежней гибкости и подвижности мышления (тугоподвижность, «окостенение» мышления). Настроение подавленное или тревожное, легко возникают гневливость, раздражительность, обидчивость, нетерпеливость; типична выраженная эмоциональная лабильность (слабодушие)— от умиления до слёз, вплоть до так называемого недержания аффекта. Эта форма атеросклеротической деменции наблюдается в возрасте 50-65 лет. Апоплексическая деменция возникает вследствие инсульта или инфаркта головного мозга и может обнаруживаться на фоне уже имеющейся деменции. Её клиническая картина зависит от величины и локализации очага поражения.

Гериатрическая психиатрия 361

Деменция при гипертонической болезни чаще наблюдается при её злокачественном течении. Деменция может протекать по псевдопаралитическому типу (напоминая деменцию при прогрессивном параличе): больным свойственны беспечность, эйфория и болтливость, снижение критического отношения к своему состоянию и уровня суждений; возможна расторможенность влечений. При тяжёлых формах гипертонической болезни возможен псевдотуморозный тип деменции со снижением речевой и двигательной активности вплоть до адинамии, трудностью фиксации внимания и осмысления происходящего, загруженностью и оглушённостью. Однако чаще наблюдаются более лёгкие виды деменции со снижением психической активности, сужением объёма, темпа и продуктивности интеллектуальной деятельности, снижением уровня суждений и критики, ослаблением памяти и запоминания нового материала и снижением личности в целом. Характерны сниженное настроение с преобладанием тоски или тревожности, беспокойство (особенно ночью), иногда внезапный аффект страха; отмечают раздражительность, вспыльчивость, слабодушие, плаксивость. Чаще сохраняется частичное критическое отношение к своей несостоятельности. Деменция в некоторой степени обратима при восстановлении нарушенного мозгового кровообращения.

3. Другие расстройства с явлениями слабоумия и дифференциальная диагностика деменции. Слабоумие также развивается при болезнях Пика, Крейт-цфельдта-Якоба, Гентингтона, злоупотреблении алкоголем, гидроцефалии и в связи с различными физиологическими нарушениями.

Помимо описанных типов деменции, отечественные психиатры выделяют и так называемую сенильную деменцию (старческое слабоумие). Поскольку она встречается довольно часто (15-25% всех психических заболеваний позднего возраста и до 30% остальных типов деменции) и с её проявлениями может встретиться врач любого профиля, заболевание требует более детального рассмотрения. Заболевание возникает в возрасте 65-70 лет, у женщин в 2-3 раза чаще, чем у мужчин, что объясняется также большей продолжительностью жизни женщин. Сначала происходят патологические изменения личности (так называемая сенильная психопатизация): утриро-

вание черт характера, эгоцентризм, чѣрствость, недоверчивость, подозрительность с одновременным оскудением личности. Появляются так называемые сенильные черты: утрата эмоциональных связей с близкими людьми и отзывчивости, бестактность, придирчивость, злобность, бессмысленное упрямство, скупость, собирание бесполезных вещей. Происходят сужение кругозора, утрата прежних интересов и увлечений, снижение критического отношения к себе вплоть до полного отсутствия критики. Наступает регресс личности: утрачиваются морально-этические установки, исчезает стыдливость, появляются склонность к разговорам на эротические темы, повышенный интерес к молодым людям, развратные действия по отношению к детям, прожорливость. Больные обычно неряшливы, неопрятны. Прогрессируют нарушения памяти: сначала страдает механическая память, способность к приобретению новых знаний, затем нарушается память на недавние события, возникает фиксационная амнезия и как следствие амнестическая дезориентировка, т.е. утрата способности ориентироваться во времени, окружающем, а впоследствии и в собственной личности (до неузнавания себя в зеркале). Пробелы памяти заполняются конфабуляциями (обманами

362 Глава 21 IV Г

памяти) и псевдореминесценциями (смещение во времени действительных событий). Происходит «сдвиг ситуации в прошлое»: оживляются воспоминания о далёком прошлом и события прошлой жизни выдаются за настоящее, больной может считать себя ребёнком или молодым человеком, происходит ложное узнавание — окружающих людей он принимает за давно умерших родственников. Одновременно развивается интеллектуальная недостаточность: неспособность к абстрагированию, анализу и обобщению, умозаключениям; несколько дольше сохраняются словарный запас и способность оперировать привычными понятиями. Постепенно распад психики затрагивает более простые виды психической деятельности вплоть до непонимания простейших вопросов, невозможности осмыслить происходящее. Больные могут уйти из дома и потеряться, так как не помнят ни своего имени, ни адреса. Речь становится всё более бессвязной, бессмысленной. В эмоциональной сфере преобладают благодушие, эйфория, беспечность или неглубокая депрессия, иногда с тревожностью, общий фон настроения — подавленность, угрюмость, раздражительность; в исходе — эмоциональная тупость. Характерно извращение ритма сна — днём больные спят, а ночью бесцельно бродят, суетливы, беспокойны. На фоне деменции возможны психотические эпизоды, идеи обнищания, ущерба, ипохондрические идеи. При неврологическом обследовании отмечают тремор головы и рук (сенильный тремор), семенящую или шаркающую походку; на поздних этапах нарастают афазия, аграфия, агнозия и апраксия, происходит распад психики и наступает маразм.

а. Болезнь Пика. Деменция вследствие дегенеративных нарушений, которую клинически трудно отличить от деменции при болезни Альцгеймера. Морфологически болезнь Пика отличается от болезни Альцгеймера наличием так называемых телец Пика, обнаруживаемых при аутопсии мозга. Нет также характерных для болезни Альцгеймера нейрофибриллярных клубочков, старческих бляшек, или гра-нуловакуольной дегенерации. Кроме того, болезнь Пика поражает преимущественно лобные доли головного мозга, а для болезни Альцгеймера характерно более диффузное поражение мозга. Болезнь Пика начинается в более раннем возрасте, чем болезнь Альцгеймера. Клинические симптомы болезни Пика также свидетельствуют о более значительном поражении лобной доли головного мозга. Методы лечения болезни Пика в настоящее время отсутствуют.

В отличие от болезни Альцгеймера на начальной стадии болезни Пика преобладают эмоционально-волевые нарушения, а также прогрессирующие

изменения личности. Особенно характерны аспонтанность (отсутствие побуждений к деятельности) при сохраняющейся способности к действиям под влиянием внешних стимулов, пассивность, безразличие ко всему (что можно ошибочно расценить как апатико-абулический синдром при шизофрении). Изменения личности проявляются эмоциональным притуплением, снижением морально-этических качеств, расторможенностью влечений, беспечностью, эйфорией, отсутствием критики к своему поведению. Болезнь Пика отличается от болезни Альцгеймера и преобладанием интеллектуальной недостаточности над расстройствами памяти. Расстройства памяти долгое время могут оставаться нерезкими; амнестическая дезориентировка нехарактерна. Отличительной особенностью являются «стоячие симптомы», типичные для болезни Пика, — бессмысленное

Гериатрическая психиатрия 363

повторение одних и тех же слов или фраз. Распад речи возникает практически во всех случаях. Наблюдаются нарушения чтения и письма; апраксия выражена умеренно.

б. Болезнь Крейтцфельдта-Якоба Редкое заболевание, встречающееся примерно у 1 человека из 1 млн. Начало и течение болезни разнообразны; наряду с острой описаны хроническая и подострая формы. Часто болезнь Крейтцфельдта-Якоба можно отличить от болезни Альцгеймера по течению, которое здесь более стремительно, а также по наличию очаговой и локализованной неврологической симптоматики — ухудшения слуха (связано с поражением VIII пары черепных нервов) и нарушения походки (в связи с поражением мозжечка). Иногда течение болезни Крейтцфельдта-Якоба может очень напоминать течение болезни Альцгеймера.

в. Болезнь Гентингтона Представляет собой деменцию, которой предшествует хореоформная патология; должна рассматриваться в контексте дифференциальной диагностики деменции.

Деменция имеет относительно малую прогрессивность и сравнительно небольшую глубину, может быть частично сохранена трудоспособность наряду с несостоятельностью в непривычной деятельности. Характерны расстройства запоминания и репродуктивной памяти. На поздних этапах возможно опустошение памяти, но обычно оно не достигает той степени, которая наблюдается при болезнях Альцгеймера и Пика, редко нарушается ориентировка в собственной личности и хронологической последовательности событий. Возникают дефекты понятийного мышления, прогрессирует снижение способности к обобщениям, суждениям, умозаключениям и абстрагированию; происходит обеднение всей психической деятельности. У некоторых больных отмечаются крайняя неустойчивость внимания, повышенная отвлекаемость, непоследовательность мышления, непостоянство целей интеллектуальной работы и неравномерность её результатов (хореатическая деменция).

г. Стойкая алкогольная деменция и амнестическое расстройство. Отличаются от болезни Альцгеймера конфабуляциями и преобладанием расстройств памяти по сравнению с когнитивными и функциональными нарушениями в других областях.

д. Резорбтивная гидроцефалия. Проявляется нарушением походки, недержанием мочи и расширением желудочков головного мозга, которые несоотносимы с поражением ЦНС при корковой атрофии и деменции. Недержание мочи, данные радиологических исследований ЦНС и относительно раннее нарушение походки помогают при дифференцировке данного заболевания с болезнью Альцгеймера.

е. Деменции, обусловленные различными физиологическими нарушениями Диагностика деменции, которая может быть обусловлена более чем 50 причинами, и дифференцировка этих состояний с главной причиной деменции — болезнью Альцгеймера основываются на данных лабораторных

исследований и знании клинического течения болезни Альцгеймера. Лабораторное обследование для диагностики деменции включает в себя полный анализ крови, исследование электролитов и ферментов в сыворотке, определение уровней витамина B12

364 Глава 21 V

и фолатов в сыворотке, уровня гормонов щитовидной железы, анализ мочи и неврологическое обследование. Положительные результаты любого исследования должен интерпретировать клиницист. Они могут указывать на первичную этиологию деменции, на ещё один инсульт в структуре дегенеративной деменции или могут быть случайными. Знание особенностей клинического течения болезни Альцгеймера может помочь клиницисту в распознавании этих симптомов. Краткое описание последовательности и продолжительности функциональных нарушений при болезни Альцгеймера приводится в табл. 21-2. В табл. 21-3 представлены диагностические критерии, которыми следует руководствоваться при более раннем, чем ожидалось, развитии тех или иных функциональных нарушений при деменции. Преждевременные нарушения могут свидетельствовать о прогресси-ровании болезни или о сопутствующем заболевании, которое развивается на фоне деменции.

V. ПСИХОТЕРАПИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Психологические процессы у пожилых людей по сути не отличаются от психологических процессов у людей более молодого возраста. Однако старение само по себе и сопутствующие ему патологические изменения создают определённые особенности в психологии, которые отличают данную возрастную группу.'<Наиболее часто психотерапевт имеет дело с меняющимися отношениями между пожилым человеком и его детьми. Например, при той или иной патологии пациент может стремиться к независимости и ожидать от своих детей необоснованно большого внимания. Взрослые дети, в свою очередь, могут сохранять обиду на родителей с детства или, наоборот, испытывать чувство вины из-за того, что недостаточно заботятся о своих родителях. Семейная терапия наиболее эффективна для людей пожилого возраста, иногда одновременно с групповой и индивидуальной психотерапией. Другие цели: поддержание самооценки, несмотря на изменения физического состояния, супружеской жизни и социального окружения; поиск путей наиболее продуктивного проведения свободного времени, появившегося у пациента; выявление возможностей для самореализации при более или менее значительных физических и социальных изменениях. В целом психотерапия пожилых людей должна быть ориентированной на сложившуюся ситуацию и имеющиеся проблемы и направленной на поиск возможных при этом решений. Многие пожилые люди, однако, стремятся активно противостоять, казалось бы, непреодолимым изменениям в их жизни и личным трагедиям (потеря здоровья, смерть близкого человека), проявляя невиданную силу социального выживания и способность к адаптации.

Гериатрическая психиатрия 365

Таблица 21-2. Периодизация нарушений и их динамика в процессе естественного старения и при болезни Альцгеймера

Стадия функционального состояния	Характеристика функционального состояния	Клинический диагноз	Средняя продолжительность при болезни Альцгеймера
I	Нарушения отсутствуют	Здоровый взрослый	
II	Субъективные трудности в подборе	Здоровый для своего возраста	

	слов	взрослый	
III	Трудности, отмечаемые окружающими, при выполнении сложных профессиональных задач	Связаны с началом болезни Альцгеймера	7 лет
IV	Потребность в посторонней помощи при выполнении относительно сложных задач, например решение финансовых вопросов, планирование обеда для гостей	Лёгкая форма болезни Альцгеймера	2 года
V	Потребность в посторонней помощи при выборе соответствующей одежды	Болезнь Альцгеймера средней тяжести	18 мес
Via	Потребность в посторонней помощи при одевании	Относительно тяжёлая форма болезни Альцгеймера	5 мес
VIb	Потребность в посторонней помощи при купании		5 мес
VIb	Потребность в посторонней помощи при пользовании туалетом (смывание унитаза и оказание другой помощи в личной гигиене)		5 мес
VIr	Недержание мочи		4 мес
VIfl	Недержание кала		10 мес
Vila	Речь ограничена несколькими словами	Тяжёлая форма болезни Альцгеймера	12 мес
VIIb	Речь ограничена немногими словами		18 мес
VIIb	Утрата способности к передвижению		12 мес
VHr	Утрата способности сидеть без посторонней помощи		12 мес

Vita	Утрата способности улыбаться		18 мес
Vile	Утрата способности держать голову прямо		12 мес или более

366 Глава 21 V

Таблица 21-3. Дифференциальная диагностика стадий функциональных нарушений (ФН) в особых случаях

Стадия ФН	Характеристика ФН	Дифференциальная диагностика, в частности, при наступлении стадии ФН раньше, чем обычно при развитии деменции
I	Отсутствие субъективных или объективных функциональных нарушений	
II	Жалобы на забывание местонахождения различных объектов; субъективные жалобы на трудности при выполнении той или иной работы	II. Невроз тревоги; депрессия
III	Очевидное для сослуживцев снижение уровня способностей при выполнении сложных профессиональных задач; трудности ориентировки в незнакомой местности	III. Депрессия; некоторые проявления соматической патологии
IV	Снижение способности выполнять относительно сложные задачи, например решение финансовых вопросов, совершение покупок, планирование обеда для гостей	IV. Депрессия; психоз; локальный церебральный патологический процесс (синдром Герст-манна) ^
V	Потребность в посторонней помощи при выборе соответствующей одежды; необходимость убеждения, чтобы побудить пациента соблюдать правила личной гигиены	V. Депрессия
VI	а. Трудности при самостоятельном одевании б. Потребность в посторонней помощи при купании; может развиваться страх купания в. Потребность в посторонней помощи при пользовании туалетом г. Недержание мочи д. Недержание кала	а. Артрит; сенсорное нарушение; инсульт; депрессия б. Артрит; сенсорное нарушение; инсульт; депрессия в. Артрит; сенсорное нарушение; инсульт; депрессия г. Инфекция мочевых путей; другие причины недержания мочи д. Инфекция; синдром мальабсорбции; другие причины недержания кала

VII	а. Речь ограничена 1-5 словами б. Полная утрата речи в. Утрата способности к передвижению г. Утрата способности сидеть без посторонней помощи д. Утрата способности улыбаться е. Утрата способности держать голову прямо	а. Инсульт; другое расстройство с проявлениями деменции (например, диффузное поражение мозга) б. Инсульт; другое расстройство с проявлениями деменции (например, диффузное поражение мозга) в. Паркинсонизм; нейрорептический синдром или вторичный экстрапирамидный синдром другой этиологии; болезнь Крейтцфельдта-Якоба; гидроцефалия; деменция, связанная с гипонатриемией; инсульт; перелом бедра; артрит; передозировка лекарства г. Артрит; контрактуры д. Инсульт е. Травма головы; нарушение метаболизма; другое соматическое нарушение; передозировка лекарства; энцефалит; другие причины
-----	--	--

22

Тяжёлая утрата и смерть

I ГОРЕ, СКОРБЬ И ТЯЖЁЛАЯ УТРАТА

Эти состояния аналогичны синдрому, возникающему в связи с утратой объекта любви. Разными учёными были сделаны попытки охарактеризовать стадии горя, через которые проходит человек. Описание этих стадий приведено в табл. 22-1 и 22-2. Реакция горя не обязательно означает реакцию на смерть любимого человека и может возникать по следующим причинам: 1) потеря любимого человека в результате разлуки, развода или заключения в тюрьму; 2) утрата объекта или лишение положения, которые имели эмоциональную значимость, например потеря ценной собственности, лишение выгодной работы или положения в обществе; 3) утрата предполагаемого объекта любви, например рождение мёртвого или неполноценного ребёнка; 4) потеря, связанная с заболеванием, травмой или ранением, например ампутация, мастэктомия. Реакция горя отличается от депрессии по целому ряду показателей, которые приведены в табл. 22-3. Факторы риска возникновения тяжёлого депрессивного эпизода у пациента после смерти его(её) супруги(а) приведены в табл. 22-4, осложнения тяжёлой утраты — приведены в табл. 22-5.

Существуют различные классификации реакции горя и скорби на тяжёлую утрату. Главным при оценке состояния является не столько то, чем вызвана реакция горя, сколько степень значимости этой утраты для данного субъекта (для одного гибель собаки — трагедия, что может стать даже причиной суицидальной попытки, а для другого — горе, но поправимое: «можно завести другую»). При реакции горя некоторые начинают злоупотреблять алкоголем, другие — заниматься деятельностью, представляющей повышенную опасность для жизни.

Терапия лиц с реакцией горя включает психотерапию, психофармакотерапию, взаимодействие с группой поддержки.

А. Что следует и чего не следует делать при оказании помощи пациенту,

находящемся в состоянии горя

1. Следует побуждать пациента к обсуждению его переживаний. Позвольте ему просто говорить об утраченном объекте своей любви, вспоминать положительные эмоциональные эпизоды и события прошлого.

2. Не следует останавливать пациента, когда он начинает плакать.

3. В случае, если пациент потерял кого-то из близких, следует постараться обеспечить присутствие небольшой группы людей, которые знали покойного(ую), и попросить их говорить о нём(о ней) в присутствии пациента.

367

368 Глава 22 IA

4 Не следует назначать пациенту для постоянного приема анксиолитики или антидепрессанты. Если возникает возбуждение, лучше не предлагать ему лекарство, а успокоить словами. Однако небольшие дозы лекарственных средств, например 5 мг диазепама (валиума) можно назначить на короткое время.

5 Следует предпочесть частые и короткие встречи с пациентом редким и длительным посещениям.

6 Следует учесть возможное наличие у пациента замедленной реакции горя, которая проявляется через некоторое время после смерти любимого человека и может характеризоваться изменениями в поведении, ажитацией, лабильностью настроения и злоупотреблением психоактивными веществами. Эти реакции могут проявляться также в годовщину смерти (так называемая реакция годовщины).

7 Следует учитывать, что реакция на ожидаемое горе проявляется до наступления утраты и может снизить остроту переживаний. Такая реакция может сыграть положительную роль.

Таблица 22-1 Горе и тяжёлая утрата

Тяжёлая утрата и смерть 369

Таблица 22-2 Тяжёлая утрата у детей и родителей

8. Следует учитывать, что пациент, близкий родственник которого покончил жизнь самоубийством, может отказаться говорить о своих чувствах, опасаясь, что это каким-то образом его скомпрометирует.

Таблица 22-4. Факторы риска возникновения большого депрессивного эпизода у пациента после смерти его(её) супруги(а)

История болезни пациента отражает случаи заболевания депрессией: большим депрессивным расстройством, дистимическим расстройством, депрессивным личностным расстройством, биполярным расстройством

Пациент не старше 30 лет

Общее ослабленное состояние организма

Недостаточная социальная поддержка

Безработица

Слабая адаптация к утрате

Таблица 22 5. Осложнения тяжёлой утраты

Нарушение в процессе переживания горя

Отсутствие или замедление реакции горя

Чрезмерная реакция горя

Длительная реакция горя

Повышенная восприимчивость к побочным воздействиям

Соматическое заболевание

Возможность смерти

Психические расстройства

Тревожные расстройства

Расстройства, вызванные злоупотреблением психоактивными веществами

Депрессивные расстройства

II. СМЕРТЬ И УМИРАНИЕ

Реакции пациентов на сообщение врача о наличии у них смертельного заболевания могут быть разнообразными. Танатолог E. Kubler-Ross описывает реакцию пациента как последовательность стадий (табл. 22-6).

Следует помнить, что стадии не всегда возникают в строгой последовательности. Кроме того, дети до 5 лет не осознают смерти, они представляют её как временное отсутствие, похожее на сон. Между 5 и 10 годами происходит постепенное осознание смерти как чего-то, что случается с другими, в частности с родителями. После 10 лет смерть понимается как что-то, что может случиться с ребёнком.

Тяжёлая утрата и смерть 371

Таблица 22-6. Смерть и умирание (стадии реакции пациента на известие об обнаружении у него неизлечимой болезни) по E. Kiibler-Ross

Стадия I	Психологический шок и отрицание. Непосредственная реакция пациента представляет собой психологический шок, за которым следует отрицание наличия у себя заболевания. Некоторые пациенты так и не переходят на другую стадию осознания и могут продолжать ходить к врачам, пока не найдут того, кто разделяет их позицию
----------	--

Стадия II	Озлобление. Пациент пребывает в состоянии фрустрации, досады и злобы в связи с наличием у него тяжёлого заболевания, он спрашивает себя: «Почему это случилось именно со мной?» На этой стадии возникают трудности в общении с пациентами, поскольку они вымещают свою злобу на врачах, медицинском персонале больницы и семье. Иногда пациенты злятся на самих себя, будучи уверенными в том, что их болезнь была послана им в наказание за их плохие поступки
Стадия III	«Сделка». Пациенты могут делать попытки договориться с врачами, друзьями или даже с богом и в обмен на выздоровление обещают выполнить что-то, например давать милостыню, регулярно ходить в церковь
Стадия IV	Депрессия. У пациентов отмечаются клинические симптомы депрессии: отчуждение, психомоторная заторможенность, нарушение сна, чувство безысходности и, возможно, мысли о самоубийстве. Депрессия может быть реакцией на изменения, которые произвела болезнь в жизни пациента, например на потерю работы, материальные трудности, изоляцию от друзей и семьи, или может возникнуть вследствие ожидания самой смерти
Стадия V	Принятие. Осознание того, что смерть неизбежна и неотвратима для всех

А. Как следует и как не следует вести себя с умирающим пациентом

1. Не следует занимать жёсткую позицию, например: «В таких случаях я всегда информирую пациента». Пусть пациент будет вашим гидом. Многие пациенты хотят узнать диагноз, а другие — нет. Определите, что пациенту уже известно о прогнозе его заболевания. Не лишайте больного надежды и не переубеждайте его в случае, если отрицание является основным механизмом защиты, до тех пор, пока он может получить и принять необходимую помощь. Если пациент отказывается принять её в результате отрицания своей болезни, в мягкой форме и постепенно дайте ему понять, что помощь необходима и будет ему оказана. Убедите больного, что забота о нём будет проявлена вне зависимости от его поведения.

2. Следует побыть с пациентом после сообщения ему информации о его состоянии или диагнозе. После этого пациент может испытать сильный психологический шок. Побудите его задавать вопросы и давайте правдивые ответы. Скажите, что вы вернётесь, чтобы ответить на вопросы пациента или его семьи.

3. Следует по возможности вернуться к пациенту спустя несколько часов, с тем чтобы проверить его состояние. Если у пациента возникает значительная тревога, ему можно назначить 5 мг диазепама (валиума) при необходимости в течение 24-48 ч.

4. Следует дать советы членам семьи пациента, касающиеся его заболевания. Посоветуйте им чаще общаться с пациентом и позволять ему рассказывать о своих

372 Глава 22 НА

страхах и переживаниях. Членам семьи не только придётся столкнуться с трагедией потери близкого человека, но также и с осознанием мысли о собственной смерти, которое может вызвать тревогу.

Следует убедиться в наличии или отсутствии у пациента или членов его семьи пожелания использовать реанимационные средства для поддержания его жизни. Следует облегчить боль и страдания пациента. Нет оснований для

ограничения использования наркотических средств из-за опасности привыкания к ним умирающего больного. Борьба с приступами боли должна вестись активно и постоянно.

23

Психотерапия

I. ВВЕДЕНИЕ

В психиатрии существует ряд теорий, которые объясняют природу поведения человека. Каждой из этиологических теорий соответствуют определённые терапевтические методы, которые основаны на различных поведенческих моделях. Например, согласно биологической теории, поведение обусловлено биологическими факторами и соответствующее лечение включает методы биологического воздействия на организм человека, такие, как психофармакология и электросудорожная терапия. Другие теории рассматривают поведение с иных точек зрения; соответствующие им методы лечения называются психотерапевтическими. Методы биологической терапии описаны в главе 24.

Многие психиатры полагают, что различные теории поведения не только не исключают друг друга, но, более того, взятые вместе, дают комплексную и единую картину мыслей и действий человека, трактуемых с разных позиций. Определённые клинические проблемы, возникающие у пациентов, могут решаться с помощью одного наиболее предпочтительного в каждой конкретной ситуации метода лечения, однако психиатры всегда должны стараться использовать широкий спектр терапевтических методов и средств воздействия, с тем чтобы обеспечить пациенту квалифицированное лечение. В данной главе каждый метод психотерапевтического воздействия описан в рамках соответствующей теории, которая его объясняет.

Большинство современных школ психотерапии при всех противоречиях и различных подходах ориентированы на достижение более высокого уровня личностной интеграции и раскрытие внутренних возможностей человека с целью как терапии, так и социальной адаптации.

Существуют психологические модели психотерапии, ориентированные в основном на аффективные переживания, страдания человека, у которого отсутствуют выраженные патологические симптомы, духовные модели психотерапии, нацеленные прежде всего на категорию греха, и наиболее многочисленные медицинские модели психотерапии. К последним относятся голотропная терапия, психосинтез, кататимно-имагжативная терапия, транзактный анализ, гештальт-терапия, нейролингвистическое программирование и др. Формы реагирования пациентов во время сеансов психотерапии крайне разнообразны— от катартических до так называемых трансперсональных, отражающих глубинный мир личностных переживаний, в том числе бессознательных.

II. ПСИХОАНАЛИЗ И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Эти два метода лечения основаны на теориях З. Фрейда о динамическом бессознательном и психологическом конфликте. Главная цель этих форм терапии заключается в том, чтобы помочь больному осознать бессознательные конфликты, которые основаны на нереализован-

373

374 Глава 23 НА

ных детских желаниях и проявляются как болезненные симптомы, а также содействовать развитию более разумных, присущих взрослым моделей поведения и взаимоотношений.

Психоаналитическое представление о невротическом симптоме (который является не просто выражением дезадаптации, патологии, а несёт определённый смысл, отражает те или иные стремления, личностные мотивы) нашло свое дальнейшее развитие в концепции так называемой организмичности как неотъемлемом свойстве организма. Висцеральные,

сенсорные функции и социальный опыт человека сплавлены в стремлении к актуализации, и человек, в том числе терапевт при работе с пациентом, должен доверять организму, его естественным механизмам самокомпенсации и адаптации.

А. Психоанализ. Представляет собой наиболее интенсивный и жёсткий вид терапии. Пациент посещает врача 3-5 раз в неделю в течение ряда лет, каждый приём длится обычно несколько часов. Больной лежит на кушетке, аналитик сидит у изголовья, вне поля зрения пациента. Анализируемый старается говорить свободно, без ограничений всё, что ему приходит в голову в виде свободных ассоциаций, для того чтобы аналитик смог проследить мысли пациента вплоть до их самых ранних истоков. Сюда входят ассоциации, которые возникают в процессе анализа в связи со снами или перенесением чувств. Психоаналитик использует интерпретацию и уточнение, с тем чтобы помочь пациенту осознать и разрешить конфликты, которые влияют на его жизнь на подсознательном уровне. Психоанализ требует от пациента стабильности терапевтического сотрудничества, высокой мотивации, настроенности на общение и психологическую заинтересованность. Пациент также должен быть в состоянии перенести стресс, возникший в процессе психоанализа, без проявления регрессии, психологических срывов и импульсивности.

Б. Психоаналитическая психотерапия. Основана на тех же принципах и методах, что и классический психоанализ, но имеет менее интенсивный характер. Существует два вида такой терапии: ориентированная на адекватную самооценку (экспрессивная психотерапия) и поддерживающая психотерапия (психотерапия отношений). Пациенты посещают врача 1-2 раза в неделю и сидят лицом к психиатру. Цель психоаналитически ориентированной терапии — решение бессознательного психологического конфликта — аналогична цели психоанализа, но в отличие от последнего при данном методе в большей степени обращают внимание на повседневную реальность и в меньшей — на развитие переносимых отношений. Такая терапия может быть адекватна как для пациентов, доступных психоанализу, так и для тех, которые имеют более широкий спектр симптоматических и характерологических проблем. Эти методы можно также использовать для лечения пациентов с расстройствами личности. В поддерживающей психотерапии основным элементом является поддержка, а не формирование адекватной самооценки. Этот вид терапии часто является методом выбора для пациентов с сильно уязвимым эго, в частности для пациентов с психотическими расстройствами. Его также можно использовать у пациентов, находящихся в кризисных ситуациях, например при острой реакции на стресс. Эта терапия может продолжаться много лет, особенно в хронических случаях. Поддержка может принимать форму ограничений, активизации чувства реальности, переубеждения, совета и помощи с параллельным формированием социальных навыков (табл. 23-1).

В. Кратковременная динамическая психотерапия. Представляет собой краткосрочный курс терапии, как правило, включающий в себя 10-40 сеансов, проводящихся

Психотерапия 375

менее года. Целью этого метода, основанного на теории З. Фрейда, является достижение понимания бессознательных конфликтов, что приводит к психологическим и поведенческим изменениям.

Этот вид терапии является достаточно конфронтационным и требует от врача большой активности для постоянного направления ассоциаций и мыслей пациента в конфликтные сферы. Общее время сеансов оговаривается отдельно психотерапевтом и пациентом до начала лечения; кроме того, предварительно избирается специфическая ограниченная конфликтная сфера, которая должна быть в центре терапии. Пациенты должны определить специфическую

центральную проблему, на которую направлена терапия, и иметь высокую мотивацию, психологический интерес и быть способными выдержать временное усиление тревоги или печали, которое может возникать во время лечения. Этот метод не подходит для пациентов с уязвимым эго, например при суицидальных мыслях или психотическом состоянии, а также для тех, кто не может в достаточной мере контролировать свои импульсы, например у пациентов с пограничными расстройствами, злоупотребляющих психоактивными веществами и антисоциальных личностей.

III. ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Этот вид терапии основывается на предположении о том, что для дезадаптивных форм поведения не обязательно понимать определяющие его причины. Поведенческие симптомы рассматриваются как они есть, а не как симптомы более глубокой проблемы. Поведенческая терапия базируется на принципах теории обучения, включая выработку оперантного условного рефлекса и условного рефлекса по методу И.П. Павлова. Концепция оперантного условного рефлекса основывается на посылке, что поведение формируется под влиянием последствий, которые оно влечёт за собой, т.е. положительно подкрепляемое поведение будет утверждаться, если за поведением следует наказание, то оно будет подавляться, если поведение не вызывает ответной реакции, оно будет угасать. Выработка условного рефлекса по методу И.П. Павлова основывается на установке, что поведение формируется под воздействием стимулов, вызывающих и не вызывающих тревогу. Так же, как у собак И.П. Павлова выделялась слюна при звуке колокольчика, который ассоциировался с подачей пищи, так и у человека можно вызывать чувство страха в нейтральных ситуациях, которые были связаны с тревогой. В случае, если тревога отделяется от связанной с ней ситуации, поведение в виде избегания и тревожное поведение будут исчезать. К методам поведенческой терапии относятся:

А. Знаковая структура. Форма положительного подкрепления, используемая у госпитализированных пациентов. Желательное поведение пациента, например надевание уличной одежды или посещение сеансов групповой терапии, вознаграждается различными положительными знаками (например, едой или снятием каких-либо ограничений).

Б. Аверсивная терапия. Форма выработки условного рефлекса, в рамках которой аверсивные стимулы, например удары тока или неприятный запах, сочетаются с нежелательным поведением. Менее противоречивая форма аверсивной терапии ориентирована на то, чтобы пациент представлял что-то неприятное в сочетании с нежелательным поведением.

В. Систематическая десенситизация, или активная психическая десенсибилизация. Метод направлен на то, чтобы пациент с поведением в виде избегания, связанным со специфическими факторами (например, высотой или полётом на самолёте).

376 Глава 23 III Г

создал в своём воображении иерархию вызывающих тревогу образов от менее до более пугающих, оставаясь на каждом уровне иерархии до тех пор, пока тревога не исчезнет. Когда процедура проводится в условиях реальной, а не воображаемой жизни, такой метод называется градуированной экспозицией. Эта техника используется в сочетании с положительным подкреплением, воздействует на вызывающие тревогу факторы и ликвидирует дезадаптивное поведение посредством исключения негативных последствий. Иерархическая конструкция часто используется в сочетании с методиками релаксации, поскольку установлено, что тревога и релаксация исключают друг друга — это приводит к отрыву представляемых образов от тревожных ощущений (взаимное торможение).

Г. Нагнетание вызывающих тревогу факторов. Метод, при котором пациент непосредственно подвергается воздействию вызывающих наибольшую тревогу

факторов, например пребывание на верхнем этаже высокого здания в случае, если пациент боится высоты. В случае, если данный метод основывается на противопоставлении воображаемой и реальной жизни, он называется имплозией. Метод нагнетания вызывающих тревогу факторов считается наиболее эффективным методом поведенческой терапии для лечения таких расстройств, как фобии, при условии, что пациент сможет выдержать связанную с терапевтическим воздействием тревогу. Поведенческая терапия считается наиболее эффективной при чётко определённых, структурированных дезадаптивных поведенческих расстройствах, например, таких, как фобии, компульсивные действия, переедание, табакокурение, заикание и сексуальные дисфункции. Лечение состояний, которые могут проявляться значительными аффективными нарушениями вследствие воздействия психологических факторов, например, при гипертонической болезни, астме, болях и бессоннице, может предусматривать использование поведенческих методов для обеспечения релаксации и снижения усугубляющих эти состояния стрессов.

IV. КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Когнитивная терапия основана на теории, в соответствии с которой поведение человека определяется его мыслями о самом себе и его роли в обществе. Дезадаптивное поведение обусловлено укоренившимися стереотипными мыслями, которые могут привести к когнитивным искажениям или ошибками в мышлении. Эта теория ориентирована на коррекцию подобных когнитивных искажений и являющихся их следствием поведенческих установок, направленных на самозащиту. Когнитивная терапия представляет собой краткосрочный метод лечения, как правило, рассчитанный на 15-20 сеансов, проводящихся около 12 нед. В этот период пациенты должны осознать свои собственные искажённые представления и установки. Домашнее задание заключается в следующем: пациентов просят написать, что они чувствуют в определённых стрессовых ситуациях (таких, как «я несовершенен» или «никому до меня нет дела») и определить частично неосознаваемые, лежащие в их основе предположения, которые провоцируют появление негативных установок. Такой способ называется распознаванием и коррекцией произвольных мыслей. Когнитивная модель депрессии включает когнитивную триаду, которая представляет собой описание мысленных искажений, характерных для человека, находящегося в депрессии. Эта триада включает отрицательное отношение к самому себе, негативную интерпретацию настоящего и прошлого жизненного опыта и пессимистичный взгляд на будущее.

Психотерапия 377

Когнитивная терапия наиболее успешна при лечении непсихотических депрессий лёгкой и средней степени. Она может быть также эффективной как вспомогательное средство лечения пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами.

V. СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ

Семейная терапия основана на теории, в соответствии с которой семья является системой, стремящейся сохранить состояние равновесия вне зависимости от степени дезадаптации. Эта теория называется ориентацией на семейные системы, а используемые в её рамках методы сосредоточены прежде всего на семье, а не на отдельном пациенте. Таким образом, семья становится пациентом в отличие от члена семьи, который может быть идентифицирован как больной. Одной из главных целей семейного психотерапевта является определение гомеостатической роли, иногда патологической, которую отдельный пациент играет в конкретной семейной системе. Одним из примеров является ребёнок, который идентифицируется семьёй как пациент, а в действительности обеспечивает поддержание семейной системы, будучи включённым в супружеский конфликт как «козёл

отпущения», судья или даже суррогатный супруг(а). Задача психотерапевта состоит в том, чтобы помочь семье понять сложность сути происходящего в этом треугольнике процесса и обратиться к глубинному конфликту, который лежит в основе неправильного, разрушительного отношения к ребёнку. Методы, используемые при этом, включают переструктурирование и позитивное представление (позитивное осознание всех негативно выражаемых чувств или поведенческих реакций), например «этот ребёнок невыносим» превращается в «этот ребёнок отчаянно пытается оградить или защитить вас от последствий того, что он или она считают несчастным браком».

К другим целям семейной терапии относятся изменение дезадаптивных правил, которые действуют в семье, формирование более глубокого осознания динамики взаимоотношений между поколениями, установление равновесия между личными и семейными факторами, установление взаимного прямого контакта и общения, искоренение взаимных обвинений и представления кого-то из членов семьи в качестве «козла отпущения».

VI. ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Интерперсональная терапия представляет собой вид краткосрочной психотерапии продолжительностью 12-16 нед, разработанный специально для лечения небиполярной, непсихотической депрессии. Не используется для лечения внутриспсихических конфликтов. Акцент делается на межличностных отношениях и на тактике, позволяющих пациенту совершенствовать межличностную жизнь. Интерперсональная терапия часто сочетается с лечением антидепрессантами. Психотерапевт проявляет большую активность в стремлении помочь пациенту осознать беспокоящие его межличностные проблемы, которые станут предметом терапевтического воздействия.

VII. ГРУППОВАЯ ТЕРАПИЯ

Теории, на которых базируются методы групповой терапии, так же разнообразны, как и теории методик индивидуальной терапии. Существуют группы, в которых акцент делается

378 Глава 23 VIIA

на поддержание и совершенствование социальных навыков, на облегчение определённых симптомов или разрешение нереализованных внутриспсихических конфликтов. В центре внимания могут быть пациент в группе, взаимодействие между людьми в группе или группа как единое целое. Использование методов групповой психотерапии может помочь решить как индивидуальные, так и межличностные проблемы. Терапевтические факторы групповой терапии включают в себя идентификацию, универсализацию, принятие, альтруизм, перенесение, оценку реальности и обсуждение. Группы представляют собой формы, внутри которых воображаемые страхи и переносимые искажения могут быть непосредственно подвергнуты исследованию и коррекции.

Группы собираются 1-2 раза в неделю, обычно на 1,5 ч. Группа может быть гомогенной или гетерогенной в зависимости от проблем пациентов. Гомогенные группы включают в себя участников, стремящихся уменьшить свою массу тела или бросить курить или имеющих одни и те же проблемы, связанные с соматическим или психическим состоянием, например пациентов с синдромом приобретённого иммунодефицита (СПИД), посттравматическим стрессовым расстройством или с расстройствами, вызванными злоупотреблением психоактивными веществами. Специальные группы предназначены для пациентов с различными симптомами. Для пациентов с психотической симптоматикой, которым необходимо структурирование и прямое направление их мыслей, будет неэффективным пребывание в группах, ориентированных на достижение инсайта. Состояние пациентов с параноидными симптомами, антисоциальными расстройствами и злоупотребляющих психоактивными веществами может улучшиться после

групповой терапии, но пребывание в гетерогенных группах, ориентированных на достижение инсайта, для них также неэффективно. Как правило, включение в группы пациентов с тяжёлой психотической симптоматикой и суицидальными идеями не даёт эффекта.

А. Анонимные алкоголики (АА). Пример высокоструктурированной, управляемой на равноправных условиях группы, которая организована для людей со схожей центральной проблемой. В группах АА акцент делается на обмене опытом, на ролевых моделях, обсуждении ощущений и сильном чувстве единения и взаимной поддержки. Также существуют аналогичные группы анонимных наркоманов и анонимных пациентов с сексуальной патологией.

Б. Лечение средой. Многодисциплинарный терапевтический подход, используемый в стационарных условиях. Термин «лечение средой» отражает идею, согласно которой любая деятельность, происходящая в палате, ориентирована на усиление способности пациента выживать в обществе. Терапия средой, как правило, групповая. Одновременно может использоваться терапия творчеством и трудотерапия. Используются управляемая деятельность терапевтических групп, встречи в рамках общины, групповые выезды и социальные мероприятия.

В. Множественные семейные группы. Группы состоят из семей пациентов, больных шизофренией. В них обсуждаются вопросы и проблемы, относящиеся к присутствию больного шизофренией в семье, и происходит обмен опытом и методами преодоления имеющихся трудностей. Эти группы являются важным фактором, понижающим число рецидивов среди больных шизофренией, при этом семьи принимают участие в групповом обсуждении состояния больного.

Психотерапия 379

VIII. ТЕРАПИЯ ПАР, ИЛИ БРАЧНАЯ ТЕРАПИЯ

Примерно 50% пациентов участвуют в психотерапии главным образом из-за проблем, связанных с браком. Терапия пар, или брачная терапия, представляет собой эффективный способ помочь каждому из пациентов достичь самопознания при решении беспокоящих вопросов. Эта терапия охватывает широкий диапазон методов лечения, направленных на укрепление чувства удовлетворенности от супружеской жизни или на коррекцию нарушений, возникающих в браке. Как и в случае с семейной терапией, в качестве пациента выступают супружеские пары, а не каждый из них в отдельности.

ПСИХОСИНТЕЗ

Система психологического, психодинамического тренинга, направленная на внутреннюю проработку невротических комплексов, ущемлённых аффектов. Последовательно осуществляется отработка упражнений на расслабление, сосредоточение, идентификацию и интеграцию субличностей с осознанием «смыслов» бытия, более реалистического восприятия действительности. Упражнения позволяют добиться освобождения от «эмоциональных блокировок», устранить патологические стереотипы и сформировать новые и более широкие структуры отношений в психике человека. Используется для коррекции невротических и психосоматических нарушений.

ГОЛОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ

Лечебный процесс реализуется при целенаправленной трансформации эмоциональных симптомов в комплекс реакций в изменённом состоянии сознания (ИСС). Усиленное дыхание, специально подобранная музыка и работа с телом по снятию мышечных блоков используются для достижения выраженных форм ИСС. Глубинная проработка психических и физических травм, их переживание и визуализация с символическим замещением позволяют осуществить процесс интеграции и адаптации. Техника сближается с методами биологической терапии, имеет ряд спорных моментов (например, гипервентиляция может приводить к резкому нарушению гемостаза и провоцировать психопатологические нарушения). Используется при лечении

неврозов, аффективных расстройств, психосоматических заболеваний, алкоголизма и др.

КАТАТИМНО-ИМАГИНАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Метод краткосрочной психотерапии основан на свободном фантазировании в форме образов на заданную тему. Психотерапевт выполняет контролирующую, сопровождающую функцию, предлагая пациенту темы для кристаллизации его образной фантазии, например лес, подъём в гору, следование вдоль ручья, обследование дома и др. Темы соотносятся с проблематикой личности, её аффективными нарушениями, в том числе с периодом детского развития. Применяется при терапии неврозов, невротических развитии личности, психосоматических заболеваний.

Таблица 23-1. Психоанализ и психоаналитическая психотерапия

Особенности	Психоанализ	Психоаналитическая психотерапия	
		ориентированная на инсайтозарение (экспрессивная)	поддерживающая (психотерапия отношений)
Базисная теория	Психоаналитическая психология	Психоаналитическая психология	Психоаналитическая психология
Частота и длительность	4-5 раз в неделю на протяжении 2-5 лет и более. Сеансы обычно длятся около 50 мин. Новая модификация — более короткие сеансы	1-3 сеанса в неделю в течение нескольких лет. Сеансы обычно длятся от 20 до 50 мин	От ежедневных сеансов одного в несколько месяцев до регулярных сеансов в течение всей жизни. Сеансы могут быть короткими — от нескольких минут до 1 ч
Активность пациента и врача	Свободное внимание у аналитика, свободные ассоциации у пациента. Интерпретация перенесения и сопротивления. Аналитик играет нейтральную роль	Свободное внимание у врача, но с большей фокусировкой, чем при психоанализе. Меньший акцент на свободных ассоциациях, больший — на рассуждениях пациента. Аналитик более активен	Экспрессивная техника. Правило, не применяемое, кроме эффектов катарсиса. Врач активно вмешивается, советует, побуждает к обсуждению, выбирает фокус. Врач участвует в реальном обсуждении текущих событий
Акцент на интерпретации	Фокус на сопротивлении и перенесении аналитика	Больший акцент на межличностных отношениях и внешних событиях, меньший — на перенесении аналитика, чем в психоанализе, но интерпретация перенесения часто бывает эффективной. Перенесение на других лиц, кроме врача, часто эффективно интерпретируется	Интерпретация перенесения врачом объективной, не производится, исключением слушается, когда перенесение значительно осложняет отношения врача с пациентом. Чёткий фокус на внешних событиях. Прояснение межличностных событий
Перенесение (трансфер)	Поощряется невроз перенесения на основе терапевтического сотрудничества. На внешних явлениях минимальная	Невроз перенесения прорабатывается, поощряется терапевтическое сотрудничество. Значительно большая ориентация на реальность	Невроз перенесения прорабатывается, акцент на реальных отношениях в терапевтическом сотрудничестве. Полная ориентация на реальность

	ориентация		
Регрессия	Формируется в виде психоза перенесения	Не прорабатывают, кроме случаев, когда необходимо достичь материала фантазий и другой продукции подсознания	Обычно не прорабатывают
1			
Дополнения	Кушетка. В отношении психотропных средств имеются противоречия: одни психоаналитики применяют, другие — нет. Пациенты не видятся с членами семьи, не участвуют в групповой психотерапии	Кушетка применяется реже. Чаще терапия проводится лицом к лицу. Психотропные препараты используются при необходимости. Можно комбинировать групповую и индивидуальную терапию	Всегда лицом к лицу. Кушетка противопоказана. Групповые методы, семейная терапия или семейные контакты по плану. Можно включать других врачей и специалистов. Часто используются психотропные препараты
Конфиденциальность	Абсолютная — третьи лица могут скомпрометировать пациента	Абсолютная — третьи лица могут скомпрометировать пациента	Абсолютная — третьи лица могут скомпрометировать пациента
Необходимые условия	Относительно зрелая личность, благоприятная жизненная ситуация, ориентация на длительный курс, способность переносить фрустрацию, способность к стабильному терапевтическому сотрудничеству, психологический интерес	Относительно зрелая личность, способность к терапевтическому сотрудничеству, некоторая способность переносить фрустрацию, адекватная мотивация и определённый психологический интерес	Способность терапевтическому сотрудничеству, личностно зрелая, способная к совершенствованию, жизненная ситуация достаточно благоприятная
Показания при заболеваниях	Неврозы, расстройства личности, парафилии, сексуальные расстройства	Неврозы, расстройства личности (особенно пограничное и нарциссическое), парафилии, сексуальные расстройства, латентная шизофрения, циклотимическое расстройство, психосоматические расстройства	Психозы, нарушения адаптации, расстройства контроля побуждениями, психофизиологические состояния, психосоматические расстройства
Цели	Реорганизация структуры характера с уменьшением патологической защиты, интеграцией ульти-мативно отвергаемых	Разрешение выбранных конфликтов и ограниченное удаление патологической защиты. Понимание первичной цели обычно со вторичным облегчением симптоматики	Развитие относительной зрелости личности, установление каталитической связи с врачом, противодействие неврозогенным эффектам ранее значимых отношений. Восстановление прежнего равновесия, редукция

	отражённых стремлений и мыслей. Понимание, а не облегчение симптоматики является целью, но результатом обычно становится и облегчение симптоматики. Коррекция нарушений развития у зрелой в остальном личности		тревоги и страха п новыми ситуац Помогает перен ситуаци, на кот нельзя воздействовать
--	--	--	---

24

Психофармакология и другие виды биологической терапии

I. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОФАРМАКОЛОГИИ

Фармакотерапия психических расстройств является одной из наиболее быстро развивающихся областей клинической медицины. В связи с этим любой практикующий врач, назначающий психотропные препараты, должен быть в курсе новейших научно-исследовательских данных в этой области. Основными направлениями здесь являются разработка новых препаратов (например, рисперидона, такрина, венлафаксина) и показаний к применению уже существующих (например, вальпроата), анализ фармакокинетики препаратов, а также диагностика и лечение побочных эффектов, связанных с применением лекарств.

Лекарственная терапия и другие биологические виды лечения психических расстройств направлены на смягчение или устранение патологических моделей поведения, мышления или настроения с помощью химических или других биологических средств. А. Классификация препаратов Классическим разделением психофармакологических средств является следующее: 1) анксиолитики и снотворные; 2) антипсихотические препараты; 3) антидепрессанты; 4) антиманиакальные препараты. Такое деление сформировалось в результате клинического использования лекарственных средств. Однако опыт показал, что большинству психотропных препаратов свойственна более чем одна область применения. В повседневной практике эти лекарственные средства часто используются с иными целями, чем предполагалось первоначально. К тому же многие препараты, используемые для лечения эндокринных, сердечно-сосудистых, неврологических расстройств, в настоящее время употребляются как дополнение к психотропным препаратам.

Для клинической практики также характерно применение более высоких доз препаратов, чем дозы, утверждённые соответствующими органами контроля доз препаратов. Для упрощения лекарственного режима применяют некоторые комбинированные препараты, хотя при этом возникают сложности в связи с тем, что ограничиваются возможности врача в подборе дозы каждого компонента и минимизации побочных эффектов. Использование комбинированных препаратов может также являться причиной назначения двух медикаментов, когда достаточно эффективности одного. Б. Фармакокинетика. Фармакокинетические процессы включают абсорбцию, распределение, метаболизм и выведение препарата.

1. Абсорбция. Назначаемые внутрь препараты должны растворяться в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) до того, как они абсорбируются. Всасывание зависит от концентрации препарата и его растворимости в жирах, а также от локальной pH ЖКТ, перистальтики и объема всасывающей поверхности. Депонированные формы некоторых антипсихотических препаратов делают возможным их назначение 1 раз в 1-4 нед. Кратчайшим

путём к достижению терапевтических концентраций лекарственных средств
383

384 Глава 24 IV

в крови является их внутривенное введение, которое, однако, чревато высоким риском внезапных угрожающих жизни последствий.

2. Распределение. Препараты могут свободно растворяться в плазме крови, связываться с её протеинами (преимущественно альбумином), а также растворяться в клетках крови. Распределение лекарства в головном мозге зависит от состояния гематоэнцефалического барьера, регионарного мозгового кровотока и тропности препарата к рецепторам головного мозга. Уровень распределения может также определяться возрастом, полом и клиническим состоянием больного.

3. Метаболизм и выведение. Окисление, восстановление, гидролиз и конъюгация (соединение) являются 4 главными способами метаболизма лекарственных средств. Основным метаболическим органом является печень, а продукты метаболизма выводятся в основном с желчью, фекалиями и мочой. Психоактивные препараты также выводятся с потом, слюной, через слёзные и молочные железы, в связи с чем приём матерью психотропных лекарств исключает кормление ребёнка грудью.

Период полувыведения препарата определяется как промежуток времени, в течение которого метаболизируется и выводится из организма половина лекарственного вещества.

Количество вещества, выводимого из организма за единицу времени, называется клиренсом. В случаях, когда болезненный процесс или одновременно применяемый второй препарат воздействуют на клиренс психотропного вещества, концентрация последнего в крови может достигать токсического уровня.

В. Фармакодинамика. Основные фармакодинамические понятия включают рецептор-ный механизм, кривую реакции на дозу, терапевтический индекс, а также развитие толерантности, зависимости и феномена отмены.

Реакция на дозу представляет собой кривую зависимости эффективности лекарственного вещества от его концентрации. Под мощностью препарата понимают соответствующую дозу, требующуюся для достижения видимого эффекта. Например, галоперидол более эффективен, чем хлорпромазин, потому что всего 5 мг галоперидола требуется для достижения терапевтического эффекта, аналогичного воздействию 100 мг хлорпромазина. В то же время галоперидол и хлорпромазин равны по своей максимальной эффективности, т.е. наибольшему клиническому результату, достигаемому при назначении этих лекарств.

Побочные эффекты большинства препаратов часто являются прямым следствием их первичных фармакодинамических свойств и лучше определяются таким понятием, как нежелательные эффекты. Терапевтический индекс определяет токсичность или безопасность препарата.

При снижении чувствительности человека к действию препарата, назначаемого длительное время, говорят о толерантности. Последняя связана с появлением физической зависимости, определяемой как необходимость продолжения приёма лекарства во избежание развития симптомов отмены.

Г. Клинические рекомендации. Достижение оптимальных результатов при лекарственной терапии зависит от ряда факторов. Препарат более эффективен в тех случаях, когда его применяют, руководствуясь данными, полученными на основе клинического опыта и экспериментальных исследований. На оптимизацию результатов психофармакологического лечения влияют 5 факторов: диагностика, выбор препарата, доза, продолжительность лечения и беседа с больным.

Психофармакология и другие виды биологической терапии 385

1. Диагностика. Установление точного диагноза является первым шагом к назначению оптимального фармакологического лечения. Выбор препарата, основанный на ошибочной диагностике, может не только отсрочить выздоровление, но и серьезно ухудшить клиническое состояние пациента.

2. Выбор препарата. Факторы, определяющие выбор препарата, включают диагноз, реакцию на данный препарат в прошлом и общий медицинский статус больного. Но более важно при выборе препарата определять характер его побочных эффектов и безопасность. Даже если имеющиеся лекарственные средства одинаково эффективны, они могут значительно различаться по толерантности и летальности в случае передозировки. При выборе препарата не следует руководствоваться только его седативным эффектом.

Одно время существовала тенденция лечить больного с психическими расстройствами путём достижения седативного эффекта. Это часто устраняло на короткий период субъективный дистресс или бессонницу, но не приводило к устранению причин данного расстройства. К тому же само по себе седативное воздействие существенно ухудшает познавательную и психомоторную функции. Неседативные антидепрессанты, такие, как флуоксетин или анксиолитики (буспирон), предпочтительнее, чем соединения с седативным эффектом.

Управление по апробации лекарственных препаратов (УАЛП) классифицирует лекарственные средства в соответствии с риском развития их злоупотребления (табл. 24-1) и рекомендует быть осторожными при назначении препаратов из перечня II.

3. Доза. Двумя наиболее распространёнными причинами неудач лечения психотропными препаратами являются низкие дозы и неадекватная методика применения. Хорошо известно, что антидепрессанты более эффективны в дозах, превышающих эквивалент 225 мг имипрамина в день. Развитие нежелательных эффектов при высоких дозах приводит к отказу пациентов от лечения, поэтому часто врачи неохотно идут на увеличение доз больным, жалующимся на побочные эффекты. При проведении лекарственной терапии необходимо ограничиваться терапевтическими дозами препарата.

4. Продолжительность лечения. Для большинства психотропных препаратов 3 нед являются минимальным сроком лечения, необходимым для определения их эффективности. В идеальном варианте, если позволяют клинические условия, продолжительность терапевтического воздействия должна составлять 4-6 нед. Важно иметь в виду, что эффект психотропных средств в основном проявляется лишь при длительном применении. Некоторые пациенты реагируют на терапию быстрее, чем другие.

5. Беседа с больным. Как правило, больных меньше беспокоят нежелательные эффекты, если они предупреждены о возможном их появлении. Тем не менее врачам всегда следует различать возможные или ожидаемые нежелательные эффекты и редкие или непредвиденные.

Пациентам часто кажется, что приём психотропного препарата означает, что они действительно больны или не в состоянии контролировать происходящее либо что у них разовьётся зависимость от лекарства и они будут вынуждены принимать его всегда. Упрощенным подходом к данной проблеме является объяснение психического расстройства как химического дисбаланса наподобие диабета или заболевания поджелудочной железы. Психиатрам следует разъяснять пациентам различия между препаратами, вызывающими зависимость и поражающими здоровый мозг, и психотропными средствами, применяемыми для лечения эмоциональных расстройств.

13—4950

386 Глава 24 II

Таблица 24-1. Характеристика препаратов в соответствии с рекомендациями УАЛП

Контроль	Характеристика	Примеры препаратов
----------	----------------	--------------------

и- руемый УАЛП уровень	препаратов каждого уровня	каждого уровня
I	Высокий риск развития злоупотребления В настоящее время в США не допущены к использованию для медицинского лечения и в связи с этим не могут назначаться больным Могут применяться в исследовательских целях	ЛСД, героин, марихуана, пейотль, фенциклидин, мескалин, псилоцибин, никотин, никоморфин, МДА (метилендиоксиамфетамин), МДМА (метилендиоксиметамфетамин)
II	Высокий риск развития злоупотребления Выраженный риск развития физической зависимости Выраженный риск развития психологической зависимости	Фенамин, метамфетамины, опиум, морфин, кодеин, гидроморфин, фенметразин, кокаин, амобарбитал, секобарбитал, пентобарбитал, метилфенидат, дронабинол (тетрагидроканнибол), глутетимид
III	Риск развития злоупотребления меньше, чем на I и II уровнях Средний и низкий риск развития физической зависимости Высокая психологическая зависимость Повторная выдача рецепта должно производиться через 5-6 мес	Метиприлон, налорфин, сульфонметан, бензфетамин, фендиметразин, клортермин, мазиндол, хлорфентермин; соединения, содержащие кодеин, опиум, гидрокодон, дигидрокодеин, диэтилпропион
IV	Низкий риск развития злоупотребления Ограниченный риск развития физической и психологической зависимости Повторная выдача рецепта должна производиться через 5-6 мес	Фенобарбитал, бензодиазепины*, хлоралгидрат, этхлорвинол, этинамат, мепробамат, паральдегид
V	Наименьший риск развития злоупотребления по сравнению с другими веществами	Наркотические препараты, содержащие ограниченное количество ненаркотических активных лекарственных ингредиентов

* В штате Нью-Йорк бензодиазепины классифицируются как препараты, относящиеся к списку II уровня и выписываются не более чем на 1 мес

Д. Особые группы больных

1. Дети. Оптимальным является начало лечения с малых доз и увеличение их до появления клинических эффектов. При этом врач не должен сомневаться, применяя взрослые дозы у детей, если они эффективны и не имеют побочных

эффектов.

2. Пожилые пациенты. Лечение гериатрических больных следует начинать с малых доз, составляющих примерно половину обычных. Доза должна увеличиваться постепенно, более медленно, чем у лиц среднего возраста, до появления либо клинического улучшения, либо нежелательных эффектов. Многие гериатрические пациенты нуждаются в назначении малых доз препарата, другим требуются обычные дозы.

г

і

Психофармакология и другие виды биологической терапии 387

3. Беременные и кормящие женщины. Следует избегать назначения любых препаратов беременным (особенно во время I триместра) или кормящим женщинам. Однако когда психическое расстройство матери серьезно, данное правило приходится нарушать. Двумя наиболее тератогенными препаратами психофармакопии являются литий и противосудорожные средства. Назначение лития во время беременности связано с высокой частотой появления родовой патологии, включающей аномалию Эбштейна, серьезные пороки развития сердечно-сосудистой системы (ССС).

4. Больные с соматическим заболеванием. Подобно пациентам детского и пожилого возраста, эти больные должны получать наиболее консервативное лечение, начинающееся с малых доз, медленно наращиваемых до появления либо клинических, либо нежелательных эффектов. У данной группы больных особенно важно исследовать уровни концентрации препаратов в плазме.

II. АНКСИОЛИТИКИ И СНОТВОРНЫЕ

Препаратами выбора при лечении тревоги являются бензодиазепины и буспирон. Эти соединения более безопасны по сравнению со старыми анксиолитическими и снотворными препаратами, такими, как хлоралгидрат, барбитураты и мепробамат. Антидепрессанты, особенно трициклические, ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) и ингибиторы обратного захвата серотонина (ИОЗС) также эффективны в качестве противотревожных средств. Их обычно применяют при лечении панических расстройств, иногда — генерализованного тревожного расстройства. Кломипрамин и ИОЗС используют при терапии обсессивно-компульсивных расстройств.

А. Бензодиазепины. В Соединённых Штатах существует 15 бензодиазепинов, доступных для клинического применения. Их широко назначают врачи, и по меньшей мере 10% населения используют ежегодно один из этих препаратов (табл. 24-2). Хотя лучше всего известна роль бензодиазепинов при лечении тревоги, они имеют и другие фармакологические эффекты (табл. 24-3).

Результатом прекращения лечения бензодиазепинами может быть возвращение симптоматики — преходящее ухудшение, связанное с появлением симптомов, предшествовавших лечению, или симптомы отмены, например появление новой симптоматики. В развитии симптомов отмены бензодиазепинов принимает участие несколько факторов (табл. 24-4). Основными являются тип препарата и длительность применения, хотя и другие факторы также важны. Некоторые больные могут нуждаться в длительном приеме бензодиазепинов. Это особенно относится к больным с паническими расстройствами. При этом обеспокоенность возможностью развития зависимости должна приводить к осторожности при выписывании рецептов, но не к избеганию использования бензодиазепинов тогда, когда это показано. У некоторых пациентов, принимающих бензодиазепины годами, реакции отмены не наблюдаются, тогда как другие сталкиваются с подобными проблемами даже после нескольких недель приёма. Кроме субъективного переживания дистресса, симптомы отмены могут вызывать ощущение того, что они являются частью основного заболевания и, таким образом, отражают бесполезность продолжительного применения препарата.

Наиболее важным показателем, отличающим бензодиазепины, является

время их полувыведения — сравнительная скорость экскреции препарата.

Таблица 24-2. Бензодиазепины

Препарат	Приблизительная доза (эквивалент)*	Форма выпуска	Скорость абсорбции	Основные активные метаболиты	Средний период полувыведения с метаболитами, ч	Продолжительность действия**	Обычная доза взрослому, мг/сут
Алпразолам	0,25	Таблетки 0,25, 0,5, 1,2 мг	Средняя	4-гидроксиалпразолам, альфа-гидроксиалпразолам	12	Короткая	0,5-6
Хлордиазепоксид	10	Таблетки 5, 10, 25 мг Капсулы 5, 10, 25 мг 100 мг для инъекций	Средняя	Дезметилхлордиазепоксид, демоксопам, дезметилдиазепам, оксазепам	100	Длительная	15-100
Клоназепам	0,5	Таблетки 0,5, 1, 2 мг	Быстрая	Нет	34	Длительная	0,5-1
Клоразепат	7,5	Таблетки 3,75, 7,5, 11,25, 15, 22,5 мг Капсулы 3,75, 7,5, 15 мг	Быстрая	Дезметилдиазепам, оксазепам	100	Длительная	7,5-6
Диазепам	5	Таблетки 2,5, 10 мг Капсулы (с постепенным высвобождением) 15 мг 5 мг/мл для инъекций; 5 мг/5 мл, 5 мг/мл раствор	Быстрая	Дезметилдиазепам, оксазепам	100	Длительная	2-60
Эстазолам	0,33	Таблетки 1,2 мг	Быстрая	4-Гидроксиэстазолам, 1-оксоэстазолам	17	Короткая	1-2
Флуразепам	5	Капсулы 15, 30 мг	Быстрая	Дезалкилфлуразепам, N-1-гидроксиэтилфлуразепам	100	Длительная	15-30
Галазепам	20	Таблетки 20, 40 мг	Средняя	Дезметилдиазепам, оксазепам	100	Длительная	60-160
Лоразепам	1	Таблетки 0,5, 1, 2 мг 2 мг/мл, 4 мг/мл для инъекций, 1,2 мг	Средняя	Нет	15	Короткая	2-6
Мидазолам	1,25-1,7	1 мг/мл, 5	Нет	1	2,5	Короткая	Только

м***		мг/мл для инъекций	определялась	Гидроксиметил мида-золам			парералы форм 7,5-4
Оксазепам	15	Таблетки 15 мг, Капсулы 10, 15, 30 мг	Медленная	Нет	8	Короткая	30-12
Празепам	10	Таблетки 10 мг Капсулы 5, 10, 20 мг	Медленная	Дезметилдиазепам, оксазепам	100	Длительная	20-60
Квазепам	5	Таблетки 7,5, 15 мг	Быстрая	2-Оксоквазепам, Ы-дезалкил-2-оксоквазепам, 3-гидрокси-2-оксо-квазепам глюкоронид	100	Длительная	7,5-1
Темазепам	5	Капсулы 15, 30 мг	Средняя	Нет	11	Короткая	15-30
Триазолам	0,1	Таблетки 0,125, 0,25 мг	Быстрая	Нет	2	Короткая	0,125

* Мощные препараты имеют приблизительный эквивалент дозы ниже 1,0, средней мощности — 1,0-10, слабые — свыше 10. ** Бензодиазепины короткого действия имеют период полувыведения менее 25 ч. ••* Применяется только анестезиологами, в клинической психиатрии не используется.

X

I

Таблица 24-2а. Анксиолитики и снотворные*

Международное название	Применяемые в США	Производимые в России (СССР)	Зарегистрированные в России производимые за рубежом (Государственный реестр лекарственных средств России, г.)
БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ			
Алпразолам	Ксанакс		Алзолам (Индия), золдак (Индия), ксанакс (Германия), ксанакс (США), ламоз (Индия), неурол (Чехия), хелекс (Словения)
Бромазепам			Бромазеп (Германия), лексотан (Швейцария), лексилиум (Югославия), нормок (Австрия), Лендормин (Германия)
Бротизолам			
Галазепам	Паксипам		
Гидазепам		Гидазепам	
Диазепам	Валиум	Сибазон	Апаурин (Словения), аподиазепам (Камерун), валиум (Швейцария), диазепабене (Австрия), диазепам (Македония, Иордания, Камбоджа, Таиланд, Дания, Швейцария, Индия), Румыния, Германия, Австрия, Израиль, диапам (Индия), дизеп-5 (Индия), дилазепам (Индия), калмпоуз (Индия), новодиазепам (Канада), реланиум (Польша), седукс (Венгрия), фаустан (Германия)

Квазепам	Дорал		
Клобазам			Фризиум (Индия, Германия)
Клоназепам	Клонопин		Клоназепам (Польша), ривотрил (Швейцария)
Клоразепат	Транксен		Транксен (Франция)
Лоразепам	Ативан		Аполоразепам (Канада), калмезе (Индия), мерлит (Австрия), трапекс (Индия)
Медазепам	Версед	Мезапам	Медазепам (Болгария, Германия), нобилет (Югославия), рудотель (Германия)
Мидазолам			Дормикум (Венгрия, Швейцария), флормидин (Югославия)
Нитразепам		Нитразепам	Берлидорм (Германия), могадон (Югославия), неозепам (Польша), нитросан (Индия)
Оксазепам	Серакс	Нозепам	радедорм (Германия), эуноктин (Венгрия), Апооксазепам (Канада), оксазепам (Польша), оксазепам-ратиофарм (Германия), тазепам (Польша)
Празепам	Сентракс		
Темазепам	Ресторил		Сигнопам (Польша)
Тофизопам			Грандаксин (Венгрия)
Триазолам	Халцион		Халцион (США)
Феназепам		Феназепам	
Флунитразепам			Рогипнол (Швейцария, Словакия), сомнамил (Австрия), флунитрозепам-тева (Израиль)
Флуразепам	Далман		Далмадорм (Швейцария)
Хлордiazепоксид	Либриум	Хлозепид	Апохлордiazепоксид (Канада), налорин (Румыния), радепур 10 (Германия), элевал (Польша)
Эстазолам	ПроСом		Эстазолам (Польша)
НЕБЕНЗОДИАЗЕПИНОВЫЕ			
Бушпирон	Амбиен Бушпирон		
Золпидем			
Зопиклон			
Фенибут		Фенибут	Имован (Франция)

I

* Таблица составлена редактором главы

392 Глава 24 НА

Таблица 24-3. Фармакологические эффекты бензодиазепинов

Эффекты	Клинические показания/последствия
Терапевтические эффекты	
Седативный	Инсомния, алкогольная абстиненция
Анксиолитический	Панические атаки, генерализованная тревога
Антиконвульсивный	Судороги
Миорелаксирующий	Мышечное напряжение, мышечные спазмы

Амнестический	спазмы Дополнение к химиотерапии или при анестезии
Антистрессовый	Лёгкая гипертензия.синдром раздраженной кишки, стенокардия
Нежелательные эффекты	
Седативный	Дневная сонливость, снижение концентрации внимания
Амнестический	Лёгкая забывчивость, антероградная амнезия
Психомоторный	Несчастные случаи, падения
Поведенческий	Депрессия, ажитация
Снижение обмена CO2	Прогрессирование ночного апноэ и других обструктивных лёгочных расстройств
Синдром отмены	Зависимость — тревога, инсомния, повышенная чувствительность к свету, звуку, тахикардия, лёгкая систолическая гипертензия, тремор, головная боль, потливость, расстройства ЖКТ, раздражительность, судороги

Таблица 24-4. Ключевые факторы в развитии симптомов отмены при терапии бензодиазепинами

Фактор	Объяснение
Тип препарата	Мощные препараты с коротким периодом полувыведения, например алпразолам, триазолам, лоразепам
Длительность применения	Со временем возрастает риск развития симптомов отмены
Доза	Высокие дозы увеличивают риск
Быстрота отмены	Резкая отмена увеличивает риск развития тяжёлой симптоматики, включая судороги
Диагноз	Больные с паническими атаками более склонны к развитию симптомов отмены
Личность	Больные с пассивно-зависимыми, истерическими, соматизированными и астеническими чертами более подвержены симптомам отмены

Соединения с длительным периодом полувыведения склонны накапливаться при повторных приёмах. Это повышает риск развития чрезмерного седативного эффекта днём, ухудшения концентрации внимания и памяти, а также увеличивает вероятность падений. Количество переломов шейки бедра при падении у пожилых пациентов,

Психофармакология и другие виды биологической терапии 393

принимающих данные препараты, выше, чем у лечащихся более быстро элиминируемыми соединениями.

Длительный период полувыведения этих лекарственных средств объясняется наличием длительно действующего метаболита — дезметилдиазепама — с периодом полувыведения 50-100 ч.

Преимуществом бензодиазепинов с коротким периодом полувыведения является меньшее отрицательное воздействие при регулярном приёме. Однако для них характерен более выраженный синдром отмены.

Бензодиазепиновые препараты различаются мощностью, т.е. количеством

милиграм-мов, необходимых для достижения видимых клинических эффектов. Мощные бензодиазепины эффективны при купировании приступов паники. Другим существенным показателем, учитываемым при выборе препарата данной группы, является скорость всасывания. Почти все бензодиазепины быстро и полностью абсорбируются в ЖКТ, хотя наличие пищи в некоторой степени замедляет этот процесс. Незначительные различия в скорости всасывания данных лекарственных средств могут оказаться клинически существенными. Например, диазепам и триазолам действуют быстро, а хлордиазепоксид и оксазепам — медленнее. Все внутримышечно вводимые бензодиазепины, за исключением лоразепама, всасываются медленно, результатом чего является непредсказуемость уровня содержания препарата в плазме. В табл. 24-5 представлены лекарственные средства, влияющие на скорость выведения бензодиазепинов.

В качестве снотворных обычно применяют 5 бензодиазепинов: флуразепам, темазепам, квазепам, эстазолам и триазолам. Эти препараты укорачивают латентную фазу сна и увеличивают его продолжительность, что обуславливает их применение при лечении инсомнии. Они также оказывают комплексное воздействие на структуру сна. Наиболее клинически важно их влияние на стадии сна — укорочение III—IV стадии сна (медленноволновый сон). В этих глубоких стадиях сна встречаются такие расстройства, как снохождение и ночные кошмары. Бензодиазепины также подавляют нарушения, связанные со стадией быстрого движения глаз (БДГ), особенно неправильное поведение при БДГ (поведенческие расстройства при БДГ).

Таблица 24-5. Препараты, влияющие на скорость выведения окисленных бензодиазепинов

Увеличивают период полувыведения	период	Сокращают период полувыведения	период
Циметидин		Хроническое употребление алкоголя	
Пропранолол		Рифампин	
Оральные контрацептивы (эстрогены)			
Хлорамфеникол			
Пропоксифен			
Изониазид			
Дисульфирам			
Аллопуринол			
Трициклические антидепрессанты			
Острое алкогольное опьянение			

394 Глава 24 ИБ

Золпидем является снотворным средством, которое связывается с ГАМК-бензодиазе-пиновым рецепторным комплексом. Он не входит в класс бензодиазепинов, а является имидазопиридином. Его средняя вечерняя доза составляет 10 мг, период полувыведения — около 2-3 ч, преимущественный путь метаболизма — конъюгация. Среди нежелательных эффектов описаны рвота и дисфорические реакции. Б. Бушпирон

1. Общая характеристика. Бушпирон является первым анксиолитиком класса азас-пионов. Фармакологически он не связан с бензодиазепинами. Однако в некоторых ранних клинических исследованиях отмечалось, что он может быть сравним с ними по анксиолитической эффективности.

2. Клиническое применение. Бушпирон выпускают в таблетках по 5 и 10 мг с рекомендуемой начальной дозой 5 мг 3 раза в день. Максимальная доза составляет 60 мг/сут, терапевтическая — около 30 мг/сут.

3. Взаимодействие с другими препаратами. Конкурентное назначение

бушпилона вызывает повышение уровня галоперидола в сыворотке. Комбинирование бушпилона с ингибиторами МАО может повышать артериальное давление.

4. Продолжительность курса и улучшение. При получении согласия пациентов на применение бушпилона основное внимание необходимо уделять постепенному началу его действия, которое наступает через несколько дней или недель. Подобно антидепрессантам, при назначении бушпилона существенное ослабление симптоматики наступает не раньше чем через 7 дней. Максимальный терапевтический эффект обычно наблюдается через 3-4 нед лечения. Наблюдаемый период отсрочки появления терапевтического эффекта вызывает споры относительно целесообразности применения бушпилона.

5. Отсутствие седативного эффекта или взаимодействия с другими веществами, угнетающими ЦНС. Частота вызываемой препаратом сонливости не выше, чем у плацебо. Алкоголь и бушпирон, очевидно, не усиливают влияния друг друга.

6. Отсутствие функциональных нарушений. Короткие и длительные курсы лечения бушпироном не нарушают психомоторную активность.

7. Отсутствие риска развития психологической или физической зависимости. Бушпирон не является контролируемым УАЛП препаратом (табл. 24-1) и не вызывает привыкания. Препарат может вызывать дисфорию в дозах выше терапевтических. Разовая доза 40 мг и более вызывает крайне неприятные субъективные ощущения.

8. Отмена. У больных, принимающих бушпирон, не отмечается синдрома отмены даже при резком снижении доз. Это означает, что вероятность возникновения тревоги или синдрома отмены как возобновление начальной тревожной симптоматики минимальна.

9. Нежелательные эффекты. Со статистически значимой, большей, чем у плацебо, частотой встречаются следующие 6 побочных эффектов: головокружение, тошнота, головные боли, нервозность, ощущение лёгкости в голове, возбуждение.

10. Передозировка. При дозах выше 375 мг/сут наиболее часто наблюдаются такие симптомы, как тошнота, рвота, головокружение, сонливость, миоз и желудочные расстройства. При умышленной или случайной передозировке не описано ни одного летального исхода.

Психофармакология и другие виды биологической терапии 395

11. Сочетание с бензодиазепинами. Бушпирон может одновременно применяться с бензодиазепинами при следующих обстоятельствах: 1) в случаях, резистентных к терапии; 2) при выраженной инсомнии оправдано применение бензодиазепа в качестве снотворного; 3) в начальном периоде терапии бушпироном, пока лечение бензодиазепином еще не прекращено. Бушпирон не предотвращает развития синдрома отмены бензодиазепа.

III. АНТИПСИХОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

А. Общая информация. Данная группа лекарственных препаратов является основным терапевтическим средством при лечении наиболее тяжёлых психически больных. Антипсихотические препараты в основном применяются для лечения острых шизофренических эпизодов и предотвращения рецидивирования психотической симптоматики у больных шизофренией. Они используются и при терапии других психических состояний, включая манию, психическое расстройство вследствие общесоматического заболевания, психотическое расстройство, вызванное приёмом психоактивных препаратов, и синдром де ла Туретта.

Стандартные антипсихотические препараты также называют нейролептиками или большими транквилизаторами. Слово «нейролептик» подразумевает воздействие этих препаратов лишь на двигательную активность, а не их клиническую эффективность. Термин «большой транквилизатор» вводит в

заблуждение, предполагая сходство с бензодиазепинами и другими анксиолитиками (малыми транквилизаторами). Антипсихотические препараты фармакологически не связаны с анксиолитиками, а их клинические эффекты не являются результатом неспецифического седативного воздействия. Б. Терапевтические эффекты. Основные терапевтические эффекты данных препаратов достигаются при лечении острых психозов. Эффекты включают редукцию так называемой продуктивной симптоматики, например галлюцинаций, негативизма, бреда и других расстройств мышления. При этом также нормализуются психомоторная активность (возбуждение или заторможенность) и способность воспринимать информацию. Продуктивная симптоматика при шизофрении в большей степени уменьшается в процессе антипсихотической терапии. Негативные или дефицитарные симптомы, такие, как уплощение аффекта, апатия, ангедония, обрыв мыслей, бедность речи и социальное отчуждение, менее подвержены воздействию данных препаратов. В целом негативные шизофренические симптомы сохраняются постоянно, даже в периоды ремиссий, и очень трудны для лечения.

В. Типы препаратов. Хлорпромазин был первым препаратом, мощное воздействие которого на шизофреническую симптоматику было обнаружено в 1952 г. С тех пор были синтезированы и другие фенотиазиновые аналоги наряду с другими соединениями, сходными по своей трициклической структуре. В настоящее время синтезированы и нетрициклические препараты.

Г. Эффективность. Несмотря на структурное разнообразие этих препаратов, ни один из них существенно не превосходит другой. Все антипсихотические соединения одинаково эффективны, если используются в оптимальных дозах. Различаются они по мощности и побочным эффектам. Тем не менее у некоторых больных эффективность достигается одним препаратом лучше, чем другим. При этом не существует способа предсказания этого ответа.

396 Глава 24 III А

Хотя у некоторых больных на фоне лечения антипсихотическим препаратом может наблюдаться быстрое снижение уровня ажитации или тревоги, подобный эффект в основном является результатом неспецифической седации. Реальное воздействие этих лекарств на психотическую симптоматику развивается при регулярном применении на протяжении нескольких недель.

Д. Механизм действия. Механизм действия типичных антипсихотических препаратов, возможно, более сложен, чем представляется в настоящее время. Их воздействие предположительно связано с постсинаптической блокадой дофаминовых (ДА) рецепторов II типа (DII) в ЦНС.

Е. Мощность. Основным отличием этих препаратов друг от друга является их эффективность в определенной дозе. Препараты, назначаемые в дозах менее 80 мг/сут, называются мощными. Слабомощные препараты, как правило, вызывают седативный, антихолинергический эффекты, ортостатическую гипотензию, тогда как мощные в основном являются причиной более частых и серьезных экстрапирамидных расстройств. Терапевтические дозы и относительная мощность антипсихотических препаратов приведены в табл. 24-6.

Таблица 24-6. Традиционные терапевтические дозы антипсихотических препаратов

Препарат	Эквивалент хлорпромазина, мг	Относительная мощность	Терапевтическая доза, мг/сут*
Хлорпромазин	100	Низкая	150-2000
Трифлупромазин	30	Средняя	20-150
Тиоридазин	100	Низкая	100-800
Мезоридазин	50	Средняя	10-400
Перфеназин	10	Средняя	8-64

Трифлуоперазин	3-5	Высокая	5-60
Флуфеназин	3-5	Высокая	5-60
Ацетофеназин	15	Средняя	20-100
Хлорпротиксен	75	Низкая	100-600
Тиотиксен	3-5	Высокая	5-60
Локсапин	10-15	Средняя	30-250
Галоперидол	2-5	Высокая	2-100
Молиндон	5-10	Средняя	10-225
Пимозид	1-2	Высокая	2-20
Клозапин	100	Низкая	150-600
Рisperидон	0,6	Высокая	4-16

1 Максимальная доза.

Таблица 24-6а. Нейролептики"

Международное название	Применяемые в США	Производимые в России (СССР)	Зарегистрированные в России и производимые за рубежом (Государственный реестр лекарственных средств России, 1996 г.)
Фенатиазины алифатические Алимемазин Левомепромазин Промазин Трифлупромазин Хлорпромазин	Весприн Торазин	Пропазин Аминазин	Терален (Франция) Тизерцин (Венгрия)
Пиперазиновые Ацетофеназин Метофеназин Перфеназин Прохлорперазин Тиопроперазин Трифлуоперазин Флупентиксол Флуфеназин	Тиндал Трилафон Стелазин Промиксин	Этаперазин Метеразин Трифтазин	Френолон (Венгрия) Мажептил (Франция) Апотрифлуперазин (Канада) стелазин (Великобритания), тразин (Индия) Флуанксол (Дания) Лиородин (Германия), мир (Польша), модекейт (Великобритания), мод (Великобритания), модитен-депо (Герм Словения), пролинат (Индия)
Пиперидиновые Мезоридазин Перициазин Пипотиазин Тиоридазин	Серентил		Неулептил (Франция, Индия) Пипортил (Франция) Апотииоридазин (Канада), мелл (Швейцария, Турция), Ридазин (Иорда сонапакс (Польша), тиодазин (Индия), тиорил (Инд

* Таблица дополнена редактором главы.

Таблица 24 6а Продолжение

Международное название	Применяемые в США	Производимые в России (СССР)	Зарегистрированные в России производимые за рубежом (Государственный реестр лекарственных средств России)
Тиоксантены Тиотиксен Хлорпротиксен	Наван Тарактан		Хлорпротиксен (Чехия)
Бутирофеноны Галоперидол Трифлуоперазин	Галдол		Апогалоперидол (Канада), галоперидол (Германия, Израиль), галоперидол (Италия, США, Венгрия, Великобритания, Польша, Германия), сенорм (Индия), транкодол-5 (Индия) Трифлуоперазин (Венгрия)
Дигидроиндоламины Молиндон Дикарбин	Мобан	Карбидин	
Дифенилбутилпиперидины Моперон Перфлуридол Пимозид Флуспирилен	Орап		Луватрен (Швейцария) Орап (Венгрия) Орап (Венгрия)
Бензамиды Сульпирид Сультоприд Тиаприд			Эглонил (Франция) Тридал (Македония) Тридал (Югославия)
Атипичные Клозапин Рисперидон	Клозарил Риспердал	Азалептин	Алемоксан (Германия), Алемоксан (Югославия, Швейцария)

ГТ1

Психофармакология и другие виды биологической терапии 399

Ж. Фармакокинетика. Клиническое значение имеет несколько аспектов метаболизма антипсихотических препаратов. Фенотиазины обычно хорошо абсорбируются, но у больных возможны значительные различия. Уровни метаболизма также сильно варьируют. Из-за сложности процесса метаболизма фенотиазинов рутинное определение уровней в плазме имеет ограниченное клиническое значение. Жидкие препараты обычно всасываются в более полном объеме, чем таблетки и капсулы. Так как первый этап метаболизма происходит в печени, высокие уровни концентрации препарата в крови достигаются внутримышечным введением, а не приёмом внутрь. Из-за длительного периода полувыведения антипсихотические препараты могут назначаться один раз в день. Препараты, являющиеся липофильными, при передозировке с трудом подвергаются диализу.

3. Нежелательные эффекты. Антипсихотические препараты вызывают широкий спектр побочных эффектов. Это является следствием воздействия данных лекарств на многочисленные нейротрансмиттерные системы. Многие больные, у которых применение антипсихотиков могло бы принести пользу, отказываются принимать их из-за эффектов, вызывающих дистресс даже у вполне сознательных пациентов, не говоря о боязливых и недоверчивых. Важным моментом при выборе препарата является избегание наиболее неприятных и опасных нежелательных реакций — поздней дискинезии и

злокачественного нейрорепрогенеративного синдрома.

1. Обструктивная желтуха. Встречается редко. Чаще возникает после 1-5 нед лечения хлорпромазином. Симптоматика включает лихорадку, тошноту, боль в правом верхнем подреберье, недомогание и зуд. При применении нефенотиазиновых препаратов желтуха не наблюдается. Она может исчезать спонтанно, однако в случае её появления хлорпромазин следует отменить.

2. Эндокринные эффекты. Побочные эффекты, относящиеся к эндокринным, включают прибавку массы тела, изменение толерантности к глюкозе, ложноположительный тест на беременность, импотенцию или снижение полового влечения, аменорею, галакторею и гинекомастию (в связи с повышением уровня пролактина).

3. Кожные и офтальмологические эффекты. К ним относятся фоточувствительность (использование солнцезащитных средств), пятнистая сыпь, серо-голубая металлическая пигментация кожи, отложения на передней поверхности хрусталика и задней поверхности роговицы и пигментарная ретинопатия при использовании высоких доз тиоридазина. Антихолинергическая активность препаратов может вызывать закрытоугольную глаукому и неясное видение, особенно циклоплегию.

4. Седативное действие. Преимущественно связано с блокадой гистаминовых (H) рецепторов I типа (H₁) и наиболее часто наблюдается при применении слабощелочных препаратов, таких, как хлорпромазин. К седативному действию развивается некоторая толерантность. Если оно трудно переносится больными, следует уменьшить дозу или перейти на мощный препарат типа галоперидола.

5. Антихолинергические эффекты

а. Представлены преимущественно сухостью во рту, запорами, неясностью зрения, задержкой мочеиспускания и глаукомой.

б. Хотя данные эффекты в основном носят неприятный характер, больные редко жалуются на них.

в. Нежелательные эффекты могут приводить к задержкам дефекации и мочеиспускания, а также вызывать центральный атропиноподобный психоз и связанный с антихолинергической токсичностью делириозный синдром.

400 Глава 24 III 3

г. Терапия антихолинергических побочных эффектов включает неостигмин (15-30 мг 3 раза в день) или бетанекол (25 мг 2-4 раза в день) при задержке мочеиспускания. Не рекомендуется физостигмин в виде глазных капель; могут помогать очки для чтения. Применение релаксантов при запорах должно быть очень осторожным.

6. Ортостатическая (постуральная) гипотензия

а. Вызывается блокадой α₁-адренергических рецепторов.

б. Наиболее часто наблюдается при применении алифатических фенотиазинов, в основном высоких доз хлорпромазина, или при внутримышечном введении. Возможна при высоких начальных дозах клозапина.

в. Ортостатическую гипотензию не следует купировать адреналином, являющимся α-адренергическим стимулятором, который может ухудшить симптоматику. В данном случае следует применять метраминол или норэпинефрин.

7. Кардиальные эффекты

а. Внезапная смерть (редко).

б. Изменения на ЭКГ (удлинение интервалов QT и PR, снижение сегмента ST и притупление зубца T).

8. Гематологические эффекты. Снижение количества белых кровяных телец, тромбоцитопения, панцитопения, или агранулоцитоз. Количество лейкоцитов может снижаться постепенно со стабилизацией на уровне около 3000 в 1 мм³, обычно бессимптомно. Тем не менее анализ крови следует проводить.

Полное исчезновение гранулоцитов (в 500000 клеток встречается 1). Проявляется внезапно, менее чем через 8 нед после начала лечения. Чаще вызывается хлорпро-мазином. Возникают воспаление в горле и лихорадка. В' таких случаях следует немедленно прекратить приём препарата и провести симптоматическое лечение (в том числе антибиотиками).

9. Неврологические эффекты

а. Псевдопаркинсонизм (паркинсоноподобный синдром) является наиболее частым обратимым двигательным расстройством, вызванным приёмом препарата (15% больных). Его частота увеличивается с возрастом пациентов. Подобно самой болезни Паркинсона, это состояние характеризуется нарушением мышечного тонуса (например, генерализованной ригидностью), двигательной активности (например, брадикинезией, акинезией, тремором, семенящей походкой) и положения тела (например, сутулой осанкой).

Согласно современным теоретическим представлениям, вызванный лекарствами паркинсонизм и другие экстрапирамидные симптомы, например поздняя дискинезия, являются следствием блокады дофаминовой передачи в области чёрного вещества и полосатого тела. Лечение в основном сводится к назначению проти-вопаркинсонических средств.

К другим терапевтическим мероприятиям относится снижение дозы антипсихотического препарата или применение фенотиазина с относительно низким риском развития псевдопаркинсонизма, например тиоридазина (см. главу 25).

б. Острые дистонические реакции

i. Обнаруживаются не менее чем у 10% больных. и. Наиболее характерны для лиц молодого возраста.

iii. Механизм развития — чрезмерная стимуляция гиперчувствительных ДА-ре-цепторов.

i _____ Психофармакология и другие виды биологической терапии
401

iv. Приступы исчезают спонтанно за несколько часов или дней.

v. Приступы купируются антихолинергическими препаратами или диазепамом.

в. Акатизия

i. Моторное и психическое беспокойство.

и. Увеличение доз антипсихотических препаратов только усиливает эту симптоматику. Ни. Лечится антихолинергическими препаратами, бензодиазепинами, р-блокаторами.

г. Злокачественный нейролептический синдром

i. Необъяснимая гипертермия с повышением мышечного тонуса и появлением непроизвольных движений после назначения или увеличения дозы антипсихотического препарата.

ii. Характерны лёгочные осложнения и острая почечная недостаточность (вторичная по отношению к дегидратации).

iii. Четверть выраженных случаев заканчивается ступором, комой и смертью.

iv. Лечится дантроленом (200 мг/сут) или бромокриптином (до 60 мг/сут).

v. Критическое состояние. Требуется прекращения приёма антипсихотического препарата.

д. Летальная кататония

i. Редкий синдром, встречается при длительной терапии.

ii. Продромальный период включает нарастающую психическую и моторную ажитацию в течение недель или месяцев. iii. Может завершаться ступором, комой и смертью.

iv. Отличается от злокачественного нейролептического синдрома отсутствием экстрапирамидной ригидности, непроизвольных движений и других клинических проявлений, перечисленных в табл. 24-7.

е. Поздняя дискинезия

- i. Симптоматика включает стереотипное чмоканье губами, движения жевательных мышц и языка, а также хореические движения туловища и конечностей.
- ii. Встречается во время или после прекращения длительного лечения антипсихотическими препаратами У женщин встречается чаще.
- iii. Механизм развития, возможно, включает вторичную по отношению к длительной дофаминергической блокаде гиперчувствительность ДА-рецепторов.
- iv. Для многих пациентов необратима.
- v. Антихолинергические препараты не предотвращают, а ухудшают состояние.
- vi. Замена антипсихотического препарата другим.

ж. Синдром кролика

- i. Экстрапирамидная симптоматика, возникающая при длительном применении антипсихотического средства.
- ii. Быстрые, мелкие ритмичные движения губ.
- iii. Не характерные для синдрома де ла Туретта движения щеками и языком. Купируются противопаркинсоническими препаратами.
- з. Судороги. Все антипсихотические препараты снижают порог судорожной активности.

И. Выбор препарата. Факторы, которые следует учитывать при выборе препарата, включают характеристики самого пациента и фармакологического соединения (табл. 24-8).

Таблица 24-7. Клинические различия между летальной кататонией и злокачественным нейролептическим синдромом

Стадия	Летальная кататония	Злокачественный нейролептический синдром
	Продромальный период — 2 нед-2 мес, включает поведенческие и личностные изменения или явные шизофренические симптомы. Возможно острое начало без продромального периода	Продромальная стадия не описана. Предшествующий приём психотических препаратов не составляет от нескольких часов до нескольких месяцев. Развивается стремительно в течение нескольких часов до нескольких дней
Начальная симптоматика	Возбуждение, интенсивная тревога и беспокойство, продолжающиеся несколько дней. Возможно аутодеструктивное или агрессивное поведение. Характерны галлюцинации и бред. Возможны лихорадка, тахикардия и акроцианоз, а также внезапная смерть	Ранними признаками являются тремор, дискинезии. Гипертонус мышц, описываемый как свинцовая тяжесть, мышечная ригидность. Сильное возбуждение и интенсивная тревога являются главной симптоматикой. Вегетативные расстройства с тахикардией, неустойчивой гипертензией, потливостью. Лихорадка может отсутствовать. Акроцианоза нет. Могут встречаться у больных без психотической симптоматики, лечившихся антипсихотическими препаратами. Летальных исходов на ранней стадии не описано
Развернутого синдрома	Продолжительное нарастающее возбуждение с сильной ажитацией и насильственным деструктивным поведением длительностью 3-15 дней и возможными хореоформными движениями. Вместо возбуждения возможны мутизм, ригидность или ступор. Отказ от еды и питья. Нарастающая и перемежающаяся	Большинство основных симптомов (тяжёлая мышечная ригидность, длительные вегетативные расстройства, лихорадка) появляется через 2-9 дней. Возможны ажитация, спутанность сознания, другие изменения сознания

	лихорадка, частый слабый пульс, профуз-ный холодный пот, гипотензия	
Финальная стадия	Кахексия, конвульсии, делирий, кома, истощение. Возможна смерть	Тяжелые осложнения, например некроз скелетных мышц с повышенным уровнем креатинфосфокиназы, миоглобинемия, почечная недостаточность, тромбообразование с легочной эмболией и дыхательной недостаточностью. При развернутой симптоматике в 20% случаев возможен летальный исход
Лечение	Антипсихотические и другие препараты, купирующие психическую симптоматику	Немедленная отмена дофаминблокирующих препаратов, антагонисты дофамина (для купирования центрального гиподофаминергического состояния), блокаторы кальциевых каналов (снижение мышечной ригидности), β -адренергические блокаторы (снижение тахикардии), другие поддерживающие мероприятия. Применение электросудорожной терапии (ЭСТ) дискуссионно

Психофармакология и другие виды биологической терапии 403

Таблица 24-8. Выбор препаратов

Фактор	Комментарии
Диагноз	Тактика более ясна при шизофрении; наиболее важно применение антипсихотических препаратов
Реагирование на данный препарат в анамнезе	Эффективность конкретного препарата при лечении последнего эпизода заболевания у данного больного или у его родственников
Соматическое состояние	Гипертрофия простаты, глаукома, сердечно-сосудистые заболевания и запор вызывают сомнения в целесообразности применения препаратов с мощной антихолинергической активностью. Больным паркинсонизмом следует назначать маломощные препараты
Выраженная депрессия	Из-за высокой опасности летального исхода при передозировке тиоридазина и мезоридазина их не следует применять у пациентов с риском суицида
Когнитивные расстройства	Несмотря на возможность применения для лечения расстройств поведения, связанных с когнитивными нарушениями, большинство анти-холинергических препаратов могут ухудшать психическое состояние и вызывать делирий

Популярность мощных препаратов типа галоперидола является в основном следствием их низкой седативной и антихолинергической активности, так как большинство клиницистов предпочитают лечить чаще возникающую при их применении экстрапирамидную симптоматику. 1. Фенотиазины
а. Алифатические, например хлорпромазин, трифлупромазин. Хлорпромазин является самым широко применяемым препаратом с низкой степенью активности. Обычно при использовании этих лекарственных средств наблюдаются

выраженный седативный эффект, постуральная гипотензия и средняя частота развития экстрапирамидных симптомов.

б. Пиперазиновые, например перфеназин, трифлуоперазин, флуфеназин, ацетофеназин. Более мощные, чем алифатические производные. Их преимущество заключается в низкой вероятности развития седативного эффекта и ортостатической гипотензии. Недостаток — высокая частота экстрапирамидных побочных эффектов.

и. Перфеназин. Вызывает меньше, чем другие пиперазиновые, экстрапирамидных симптомов, но больше седативных и сердечно-сосудистых. Данный препарат является своеобразной фармакологической серединой в ряду антипсихотических препаратов.

И Трифлуоперазин. Характеризуется слабым седативным эффектом, невыраженной гипотензией и антихолинергической активностью. Если не учитывать экстрапирамидные симптомы, он в основном хорошо переносится больными.

Нй. Флуфеназин. Один из двух антипсихотических препаратов, выпускаемых в пролонгированной инъекционной форме. Флуфеназин представлен в виде деканоата, который обычно назначают внутримышечно каждые 2 нед. Иногда инъекции проводят через 6 нед. Флуфеназина деканоат назначают совместно с

404 Глава 24 III И

применяемыми внутрь препаратами больным, не соблюдающим режим приёма лекарств, или с нарушениями абсорбции. Флуфеназин выпускается также в форме энантата, который применяется реже из-за непродолжительности и медленного начала действия. До перехода на депонированную форму каждый больной должен принять пробную дозу внутрь. в. Пиперидиновые, например тиоридазин, мезоридазин и. Тиоридазин. Наиболее часто применяемый из данных препаратов. Его преимущества — низкая частота экстрапирамидных расстройств и, соответственно, редкая необходимость противопаркинсонической терапии. Седативный, гипотензивный и антихолинергические эффекты сходны с таковыми у алифатических соединений. Тиоридазин имеет важную активность антагониста кальциевых каналов, которая вызывает ингибирование эякуляции примерно у 5% принимающих препарат мужчин, а также вызывает более выраженные, чем другие фенотиазины, изменения на ЭКГ. Кроме увеличения интервала QR, тиоридазин вызывает расширение, уплощение или раздвоение зубцов Т. Тиоридазин имеет абсолютный предел максимальной дозы, составляющий 800 мг/сут. Это ограничение объясняется возникновением при дозах свыше 1 г/сут пигментной ретинопатии.

и. Мезоридазин. Сходен с тиоридазином по большинству побочных эффектов, но не вызывает изменений сетчатки и расстройств эякуляции. Приблизительно в 2-3 раза мощнее тиоридазина.

2. Тиоксантены

а. Тиотиксен. Часто вызывает экстрапирамидные симптомы, но редко — седативные и гипотензивные. По характеристикам подобен трифлуоперазину и галоперидолу.

б. Хлорпротиксен. Тиоксантовый аналог хлорпромазина со сходными седативным и гипотензивным эффектами, но минимально выраженной экстрапирамидной симптоматикой.

3. Бутирофеноны. Галоперидол быстро всасывается из ЖКТ (максимальный уровень в плазме достигается через 2-5 ч) и медленно выводится. Период полувыведения составляет 24-36 ч. Внутримышечные инъекции галоперидола (5-20 мг каждые 2 ч) считаются многими клиницистами методом выбора при лечении острых ажитированных психозов благодаря минимальным седативному и гипотензивному эффектам. Часто возникают экстрапирамидные симптомы и реже — антихолинергические, гематологические и сердечно-сосудистые нарушения, повреждение печени,

нарушения зрения и фототоксичность, которые характерны для хлорпромазина и других антипсихотических препаратов. Существуют пролонгированные депонированные формы.

4. Дигидроиндолины. Молиндон — единственный дигидроиндолин. По своей структуре отличается от других антипсихотических препаратов. Эффективен, как и другие антипсихотические препараты; вызывает схожие побочные эффекты. Однако показано, что молиндон реже, чем другие антипсихотические препараты, вызывает антихолинергические эффекты, ортостатическую гипотензию, судороги и увеличение массы тела. Несмотря на эти положительные характеристики, широко не применяется.

5. Дифенилбутилпиперидины. Пимозид является мощным и полным дофаминовым антагонистом. Он показан для лечения синдрома де ла Туретта и является стандартным антипсихотическим препаратом при лечении шизофрении.

Психофармакология и другие виды биологической терапии 405

В сравнении с другими мощными препаратами пимозиду свойствен большой риск развития аритмий. В нескольких работах показана эффективность пимозида при лечении моносимптоматичной ипохондрии и бредовых расстройств. К. Клиническое применение. В связи с разнообразием побочных эффектов антипсихотических препаратов больным обычно в начале лечения проводят клинический анализ крови и исследуют функцию печени. Пожилым пациентам делают ЭКГ. В амбулаторной практике рекомендуется начинать лечение с низких доз антипсихотических препаратов (эквивалентных 100 мг хлорпромазина в сутки) и постепенно наращивать дозу до улучшения состояния больного при отсутствии побочных эффектов. Не следует назначать два антипсихотических препарата одновременно: комбинированная терапия, не повышая эффективности, может увеличить риск появления побочных эффектов.

1. Абсорбция. Определённые факторы могут влиять на всасывание антипсихотических препаратов в кишечнике, приводя к снижению количества активного вещества, достигающего ЦНС. В связи с тем что всасывание замедляется пищей и снижается антацидами, больные должны принимать лекарства между приёмами пищи и примерно через 2 ч после приёма антацидов. Антихолинергические противопаркинсонические препараты задерживают опорожнение желудка, в результате чего в нём усиливается разрушение антипсихотических препаратов. Одним из преимуществ инъекционных форм препаратов по сравнению с таблетированными является обеспечение их более высокого уровня в плазме.

2. Назначение. В начале лечения больные могут получать суточную дозу препаратов, разделенную на несколько приемов. Через несколько дней при стабилизации концентрации препарата в плазме целесообразно назначение всей суточной дозы на ночь. Назначение препарата в вечернее время может быть необходимым, если используются такие седативные препараты, как хлорпромазин или тиоридазин. Единственным недостатком приёма суточной дозы перед сном является увеличение риска ортостатической гипотензии во время вставания ночью.

Для развития максимального терапевтического эффекта антипсихотического препарата обычно требуется от нескольких дней до нескольких недель. При адекватной дозе улучшение обычно наступает на 3-4-й неделе лечения. В случаях, когда побочные эффекты не мешают продолжить приём препарата, рекомендуемый пробный период с подобранной дозой составляет 6-8 нед.

Некоторые больные реагируют на начальные дозы антипсихотических препаратов дисфорией, приводящей обычно к затруднениям в общении. Для купирования вызванной антипсихотическим препаратом дисфории и достижения согласия на дальнейшее лечение эффективны антихолинергические препараты. Так как к антипсихотическим препаратам

не развивается зависимость, некоторые врачи предпочитают назначать их в низких дозах вместо анксиолитиков. Подобная практика не является оправданной ввиду потенциально серьёзных побочных эффектов при применении антипсихотических препаратов.

При регистрации эффективности терапии целесообразно концентрировать внимание на специфических симптомах-мишенях, таких, как слуховые галлюцинации или подозрительность. Степень редукции этих симптомов может служить основанием для оценки степени успешности лекарственного режима.

Больным, хорошо реагировавшим на предыдущее лечение определённым препаратом, следует назначать его же и при следующих психотических эпизодах. Если

406 Глава 24 III К

пациент никогда не лечился раньше, а один из его родственников успешно прошел курс терапии определённым препаратом, этот же препарат или ему подобный целесообразно назначить такому больному.

К другим факторам, влияющим на выбор препарата, относятся соматическое состояние и образ жизни больного, а также возможность взаимодействия лекарственных средств. Например, пациентов с нарушениями проводимости сердца не следует лечить тиоридазином, потому что он вызывает неспецифические изменения на ЭКГ, которые могут ухудшить сердечную деятельность и повысить риск развития аритмий (табл. 24-9).

Доза во время острой фазы психического заболевания должна быть выше поддерживающей. Например, при лечении острых форм шизофрении средней эффективной дозой считается эквивалент 400 мг хлорпромазина, а для профилактики рецидивирования достаточно от 150 до 300 мг. Иногда бывает необходимо значительно увеличивать привычные дозы, и больные могут принимать 1000 или даже 1600 мг

Таблица 24-9. Взаимодействие антипсихотических препаратов с другими психотропными средствами

Препарат	Последствия
Трициклические антидепрессанты	Повышение концентрации обоих препаратов
Антихолинергические препараты	Антихолинергическая токсичность, снижение всасывания антипсихотических препаратов
Антацидные средства	Снижение всасывания антипсихотических препаратов
Циметидин	То же
Пища	То же
Буспирон	Увеличение концентрации галоперидола
Барбитураты	Ускорение метаболизма антипсихотических препаратов, чрезмерный седативный эффект
Фенитоин	Замедление метаболизма фенитоина
Гуанетидин	Слабый гипотензивный эффект
Клонидин	То же
α-Метилдофа	То же
Леводопа	Снижение эффективности обоих препаратов
Сукцинилхолин	Длительный мышечный паралич
Ингибиторы МАО	Гипотензия
Галотан	Гипотензия
Алкоголь	Потенцирование угнетения ЦНС
Никотин	Снижение концентрации

Адреналин	антипсихотических препаратов в плазме
Пропранолол	Гипотензия
Варфарин	Повышение концентрации обоих препаратов в плазме
	Снижение концентрации варфарина в плазме

Психофармакология и другие виды биологической терапии 407

хлорпромазина. Однако рекомендуется избегать очень больших доз, а при необходимости их назначения лечение надо проводить стационарно. Наиболее предпочтительным является использование минимальных эффективных доз, что снижает частоту и тяжесть побочных эффектов, однако существует доза, ниже которой антипсихотический препарат не проявляет клинического эффекта. Применение подобных «гомеопатических» доз является плохой услугой больному, подвергнутому риску медикаментозного лечения без вероятности улучшения самочувствия. Л. Согласие на лечение. Пролонгированные (депонированные) формы инъекционных антипсихотических препаратов эффективны при профилактике рецидивов и повторных госпитализаций у больных шизофренией. Лучше всего назначать депонированные формы больным, которые принимают лекарства нерегулярно или не принимают лекарств вообще. Отсутствие согласия лечиться — наиболее распространённая проблема применения антипсихотических препаратов внутрь больным шизофренией: 40-50% амбулаторных больных и 40% пациентов дневного стационара не в состоянии принимать препараты в соответствии с рекомендациями. Обычная доза наиболее широко применяемого пролонгированного антипсихотического препарата флуфеназина дека-ноата составляет 12,5-50,0 мг каждые 2 нед. Использование меньших доз — 1,25-5,0 мг в 2 нед — приводит к увеличению числа рецидивов. Количество нежелательных эффектов у больных, получающих инъекции флуфеназина деканоата, не превышает таковое у принимающих антипсихотические средства внутрь. Резкая отмена препарата увеличивает риск развития симптомов отмены, включающих потливость, тошноту, диарею, тремор, возбудимость и инсомию. Для дифференциации синдрома отмены от рецидива психотических симптомов следует помнить, что симптомы отмены появляются в течение нескольких дней после последнего приёма препарата и уменьшаются на 2-й неделе, в то время как рецидив начинается спустя несколько недель и тяжесть его прогрессирует.

Некоторые другие препараты, используемые при лечении психотических состояний, приведены в табл. 24-10.

Таблица 24-10. Другие препараты, используемые при лечении психозов

Резерпин	Действует как пресинаптический блокатор ДА-рецепторов. Медленное начало действия, низкая эффективность, риск депрессии и суицида, при лечении шизофрении теперь не используется
Литий	Помимо снижения маниакальной симптоматики, описана эффективность лития в сочетании с антипсихотическими препаратами при лечении резистентных шизофренических состояний
Карбамазепин	Состояние некоторых пациентов ухудшается при применении антипсихотических препаратов. Возможно, оно квалифицируется как атипичный психоз, поддающийся терапии карбамазепином и другими противосудорожными препаратами. Маниакальный психоз также лечится карбамазепином
Бензодиазепины	Лоразепам внутримышечно эффективен при агитации неизвестной этиологии. Существуют

	работы, описывающие редукцию негативной симптоматики на фоне сочетанного применения бензодиазепинов с антипсихотическими препаратами, причем при уменьшении доз последних
Р-Адренергические блокаторы	Могут быть эффективны при лечении агрессивного поведения или гнева у больных шизофренией

408 Глава 24 НМ

М. Атипичные антипсихотические препараты. Два доступных в настоящее время антипсихотических препаратов — клозапин и рисперидон — считаются атипичными, так как вызывают незначительные экстрапирамидные расстройства или вообще не вызывают их. Они также проявляют большую, чем типичные антипсихотические препараты, эффективность при лечении негативных симптомов шизофрении. Однако, несмотря на эти преимущества атипичных препаратов, их применение ограничено из-за цены, а применение клозапина — из-за риска таких серьезных побочных эффектов, как агранулоцитоз и судороги.

1. Клозапин. Клозапин отличается от других антипсихотических средств, эффективность которых связана с антагонизмом к ДА-рецепторам (особенно DII). Данный препарат имеет высокую тропность к серотонинергическим (5-HT) рецепторам II типа (5-HT₂), α₁- и α₂-адренергическим, холинергическим (мускариновым) и гистаминовым (H₁) рецепторам. Более того, активность клозапина как антагониста ДА-рецепторов I типа (DI), значительно выше, чем к DII. Клозапин более эффективно блокирует дофаминергическую активность в базальных ганглиях, что может объяснять низкую степень выраженности экстрапирамидных нежелательных эффектов. Однако данные о том, что препарат смягчает существующие экстрапирамидные симптомы или уменьшает симптоматику поздней дискинезии, отсутствуют.

а. Показания. Основным показанием является лечение больных психозами (шизофренией), которые не реагируют на традиционные антипсихотические препараты или не переносят связанные с ними нежелательные эффекты. Клозапин положительно зарекомендовал себя как стандартный антипсихотический препарат при кратковременной или длительной терапии психозов. Примерно у 30% больных, резистентных к типичным антипсихотическим средствам, эффективен клозапин. В последнее время низкие дозы клозапина (25-125 мг/сут) стали применяться при лечении паркинсонизма. Препарат также эффективнее типичных антипсихотических средств при терапии агрессивных и склонных к насильственным действиям пациентов.

б. Клинические показания. Больной, согласный лечиться и безуспешно принимавший 2 или 3 различных антипсихотических препарата в соответствующих дозах (эквивалент 1000 мг хлорпромазина) не менее 2 мес, является вероятным кандидатом на лечение клозапином. У некоторых пациентов, принимавших стандартные антипсихотические средства, отмечаются плохо поддающиеся лечению осложнения. Они — также кандидаты на терапию клозапином. Препарат может успешно применяться при сочетании болезни Паркинсона с психозом.

В анамнезе больного, которому назначают клозапин, должны быть сведения об эпилепсии, болезнях крови, печени и почек, так как эпилепсия и болезни крови являются противопоказаниями для терапии клозапином, а болезни печени и почек требуют назначения низких доз препарата. Лабораторное обследование до назначения препарата должно включать ЭКГ, несколько анализов крови с лейкоцитарной формулой для сравнения, а также исследование функции печени и почек. Клозапин выпускается в таблетках по

25 и 100 мг. 1 мг препарата эквивалентен приблизительно 2 мг хлорпромазина. Начальная доза обычно составляет 25 мг 1 или 2 раза в день и может постепенно увеличиваться до 300 мг/сут в 2 или 3 приёма. Необходимость медленного увеличения дозы объясняется развитием

Психофармакология и другие виды биологической терапии 409

гипотензии, обмороков и выраженного седативного влечения — нежелательных эффектов, к которым при продолжительном лечении развивается толерантность. Эффективной обычно является доза 400-500 мг/сут, хотя возможно назначение 600 мг. Отмена препарата должна быть постепенной для предотвращения развития холинергических симптомов отмены — потливости, прилива крови к лицу, диареи и гиперактивности.

Для предупреждения развития агранулоцитоза проводится еженедельный анализ крови. Несмотря на высокую стоимость обследования, раннее выявление агранулоцитоза может предотвратить фатальный исход.

Постоянный контроль за составом крови необходим в связи с тем, что развитие агранулоцитоза не зависит ни от дозы, ни от сроков лечения. Если количество лейкоцитов менее 3000 в 1 мм³ или количество гранулоцитов менее 1500 в 1 мм³, следует провести анализ гемо-поэтической активности костного мозга. Больным с агранулоцитозом, возникшим как результат применения клозапина, не следует продолжать лечение. Подсчёт лейкоцитов может быть выполнен в любой лаборатории. Для получения препарата необходимо еженедельно предоставлять фармацевту данные анализа крови. Определение содержания клозапина в крови указывает на то, что терапевтический эффект наступает при достижении уровня свыше 350 нг/мл. . Нежелательные эффекты. Особенностью клозапина по сравнению со стандартными антипсихотическими средствами является отсутствие экстрапирамидных нарушений при его применении; он не вызывает острой дистонии, паркинсонизма, акатизии, синдрома кролика или акинезии, а также поздней дискинезии. Препарат может проникать в женское молоко.

Двумя наиболее серьёзными побочными эффектами, связанными с приемом клозапина, являются агранулоцитоз и судороги. В США в 1990-1994 гг. описаны 324 случая вызванного клозапином агранулоцитоза, что составляет 0,4% от всех леченных этим препаратом больных. Из них умерли 12 пациентов. Клозапин также вызывает развитие доброкачественного лейкоцитоза, лейкопении, эозино-филии и ускорение СОЭ.

С приёмом клозапина связано также развитие судорог: примерно у 14% больных, принимающих свыше 600 мг препарата в сутки, у 1,8%, принимающих 300-600 мг, и у 0,6%, принимающих менее 300 мг, возникают судороги. Эти показатели превышают таковые у больных, принимающих стандартные антипсихотические препараты. Если у пациента появляются судороги, терапию клозапином следует временно прекратить. При этом можно начать лечение фенobarбиталом и возобновить приём клозапина в дозе, составляющей 50% от предыдущей, с постепенным её наращиванием. Карбамазепин не следует комбинировать с клозапином из-за увеличения риска развития агранулоцитоза.

Наиболее характерными побочными действиями терапии клозапином являются седативный эффект, тахикардия, запоры, головокружения, гипотензия, гипертермия и сиалорея. Описаны также снижение массы тела, кратковременные обмороки, миоклонии, эпизоды каталепсии, расстройства ЖКТ и антихолинергические побочные эффекты. При тахикардии, вызванной угнетением блуждающего нерва, рекомендуется назначение периферически действующих β-адренергических антагонистов, например атенолола, хотя такая терапия может усилить гипотензивный эффект клозапина. Может развиваться гипертермия, что вызывает настороженность в

410 Глава 24 НІМ

смысле возможной инфекции, связанной с агранулоцитозом. В таких случаях

клозапин следует отменить и при нормальном содержании белых кровяных телец более медленно и в меньших дозах возобновить терапию.

г. Взаимодействие с другими препаратами. Клозапин не следует сочетать ни с одним из препаратов, вызывающих агранулоцитоз. К ним относятся карбамазепин, пропилтиоурацил, сульфониламиды и каптоприл. Препараты, угнетающие ЦНС, алкоголь или трициклические антидепрессанты, назначенные одновременно с клозапином, могут повышать риск развития судорог, седативного или кардиальных эффектов. Сочетание лития с клозапином может увеличивать риск появления судорог, спутанности сознания и двигательных расстройств. Не рекомендуется назначение его вместе с циметидином. Сочетание клозапина с бензодиазепинами повышает риск развития ортостатического коллапса, обморока. Рисперидон. Является антипсихотическим препаратом с выраженной антагонистической активностью к 5-НТП и DII. Результаты исследований указывают на то, что он может быть более эффективен, чем доступные в настоящее время антагонисты дофамина, при лечении как продуктивной, так и негативной симптоматики шизофрении. Доступная научная информация свидетельствует о том, что лечение риспери-доном связано с более редкими и менее тяжёлыми неврологическими побочными эффектами по сравнению с дофаминергическими антагонистами.

а. Клинические показания. Клинические исследования показали, что рисперидон эффективнее плацебо и, возможно, превосходит галоперидол при лечении шизофрении и других психотических расстройств. В работах использовались дозы 2-16 мг рисперидона в сутки при сравнении с плацебо и до 20 мг при сравнении с галоперидолом. Дозы 4, 6 и 8 мг/сут были наиболее эффективными и превосходили галоперидол при оценке степени редукции негативной симптоматики при шизофрении. Описано также, что такие дозы рисперидона вызывают менее выраженные экстрапирамидные симптомы, чем галоперидол. Дополнительные исследования рисперидона показали, что препарат безопасен и хорошо переносится больными даже при продолжительном лечении (до 12 мес); возможно, и более длительная терапия также безопасна и эффективна.

б. Нежелательные эффекты. При дозах ниже 6 мг экстрапирамидные нарушения незначительны, но их проявление существенно возрастает при более высоких дозах. Некоторые предварительные данные свидетельствуют, что максимальные дозы препарата (10-16 мг) оказывают антидискинетическое действие на жевательные мышцы. В клинических исследованиях применение рисперидона связано с уменьшением потребности в противопаркинсонических препаратах и галоперидоле.

Кроме экстрапирамидных симптомов, рисперидон может вызывать тревогу, инсомнию, сонливость, головокружение, запоры, тошноту, диспепсию, ринит, кожные высыпания и тахикардию. К эффектам, зависящим от дозы, относятся седативное действие, утомление, нарушения аккомодации, ортостатическое головокружение, сердцебиение или тахикардия, снижение массы тела и сексуального влечения, а также расстройства эрекции. Редкие побочные эффекты при длительном применении включают злокачественный нейрорептический синдром, приапизм, тромбоцитопеническую пурпуру и судороги у больных с сопутствующей гипонатриемией.

Психофармакология и другие виды биологической терапии 411 IV. АНТИДЕПРЕССАНТЫ

А. Введение. Антидепрессанты классифицируются в соответствии с химической структурой или механизмом действия (табл. 24-11). Антидепрессанты приводят к синаптическим изменениям при краткосрочной (табл. 24-12 и 24-13) и к рецепторным изменениям при длительной (табл. 24-14) терапии. Например, большинство антидепрессантов воздействуют на адренергические и серотонинергические (5-НТП) рецепторы.

Многочисленные различные по структуре антидепрессанты вызывают редукцию депрессивных расстройств. Контрольные клинические исследования показывают:

1. Правильное применение любого антидепрессанта приводит к клиническому улучшению не менее чем у 60-70% больных. Для сравнения: лишь у 30% пациентов, принимавших плацебо, улучшалось состояние за тот же промежуток времени.

2. До появления полного антидепрессивного эффекта может пройти несколько недель. При этом не существует достоверного прогнозирования положительных результатов при применении конкретного препарата или проявления определённых побочных эффектов.

3. Все антидепрессанты в какой-то мере влияют на 5-НТ- и НА-систему.

4. Обычно антидепрессанты имеют одинаковую эффективность, но различаются степенью безопасности и побочными эффектами.

6. Многие побочные эффекты антидепрессантов можно объяснить воздействием на различные нейротрансмиттерные системы.

Б. Выбор препарата. Важными моментами при выборе антидепрессанта являются выраженность его седативного эффекта, антихолинергический эффект, воздействие на порог судорожной активности и функцию сердца, а также токсичность при передозировке. Некоторые препараты могут вызывать необычные побочные эффекты и требуют специального наблюдения из-за редких, но потенциально опасных нежелательных реакций.

В. Клиническое применение. Эффективное использование антидепрессантов начинается с установления точного диагноза, так как депрессию иногда ошибочно принимают за тревожное расстройство или другое состояние. При некоторых вариантах депрессии, например при атипичной депрессии, более эффективны другие препараты. Выбор лекарственного средства заключается в назначении препарата с минимальным риском и наименее опасными побочными эффектами с учетом соматического состояния больного. После диагностирования депрессии и выбора антидепрессанта особенно важно подобрать его адекватную дозу. В большинстве случаев она эквивалентна 225 мг имипрамина в сутки.

Не существует объективного метода прогнозирования терапевтического эффекта при назначении того или иного препарата. Наиболее надёжным критерием при выборе препарата является положительная реакция на него в анамнезе. Существует вероятность, хотя и не подтверждённая клинически, того, что некоторые варианты депрессий, например атипичная или с сезонным компонентом (сезонное аффективное расстройство), лучше реагируют на ингибиторы МАО или бупропион. Однако при большой депрессии все препараты одинаково эффективны.

После выбора препарата врачу следует составить чёткий лечебный план, включающий дозу, продолжительность лечения и альтернативную терапевтическую тактику в случае отсутствия эффекта при первоначальном подходе. Врач должен также активно общаться с больным и членами его семьи.

Таблица 24-11. Антидепрессанты⁴

Ингибиторы обратного захвата серотонина Флуоксетин*

Прозак

S

* Таблица дополнена редактором главы.

** Утверждён для лечения обсессивно-компульсивного расстройства.

*** Данная группа препаратов отличается от традиционных необратимых и неселективных ингибиторов МАО существенно лучшей переносимостью. Кроме того, имеются убедительные данные об эффективности моклобемида при тревожных расстройствах, особенно при социальной фобии.

414 Глава 24 IV B

Таблица 24-12. Синаптические изменения, вызванные краткосрочным применением антидепрессантов

Изменение внеклеточной концентрации 5-НТ и НА Изменение уровня нейронального выброса 5-НТ Изменение уровня синтеза и высвобождения 5-НТ Изменение в обмене 5-НТ

Таблица 24-13. Острые синаптические эффекты, возможно, связанные с терапевтической активностью

Блокада обратного захвата НА

Блокада обратного захвата ДА

Агонизм к серотонинергическим рецепторам 1A типа (5-HT_{1A})

Ингибирование МАО

Таблица 24-14. Изменения в рецепторах, связанные с длительным назначе-

нием антидепрессантов

Снижение регуляции α -адренергических рецепторов Снижение регуляции 5-HT_{1A}-рецепторов Усиление регуляции α -адренорецепторов Усиление регуляции 5-HT_{1A}-рецепторов

Больные должны иметь реальное представление о лечебных и нежелательных эффектах. Некоторые больные депрессией неохотно принимают лекарства, особенно если у них в анамнезе не наблюдалось её тяжёлой формы. Запаздывание в выявлении антидепрессивного эффекта на 2-3 нед в сочетании с побочными эффектами часто ведёт к разочарованию и отказу от лечения. Поэтому полезно при необходимости разъяснить пациенту ориентировочные сроки улучшения, характерные побочные эффекты и возможные неожиданности, связанные с лечением. Поддержка и информация при частом общении могут способствовать согласию пациента на лечение и оптимальным терапевтическим результатам.

Лечение всеми антидепрессантами начинают с низких пробных доз, за исключением флуоксетина, лечение которым в дозе 20 мг на протяжении всего курса эффективно у большинства больных. Цель пробных доз заключается в определении толерантности к препарату и минимизации побочных эффектов. К концу первой недели доза может быть повышена до половины рекомендуемой максимальной дозы, например 150 мг имипрамина, 50 мг нортриптилина. Такую дозу больные принимают до конца 2-й недели лечения. Если улучшения не наступает, доза увеличивается до максимально рекомендованной.

Максимальные дозы, например 300 мг имипрамина в сутки, более эффективны, чем низкие. Концентрации препарата в крови почти у 50% пациентов, принимавших 200-225 мг имипрамина в сутки, достигают субтерапевтических величин. Недостаточность клинического эффекта после 4 нед лечения является показанием к определению уровня препарата в плазме. Так как неадекватная доза является наиболее частой причиной

Психофармакология и другие виды биологической терапии 415

неэффективности лечения, врачу не следует колебаться при увеличении дозы препарата до максимально переносимой.

В связи с длительным периодом полувыведения трициклические препараты можно назначать один раз в сутки перед сном.

У большинства больных с положительными результатами терапии антидепрессантами обнаруживаются признаки улучшения состояния к концу 3-й недели лечения. У значительного числа больных, у которых на 4-й неделе терапии состояние не улучшилось, обнаруживаются положительные результаты при 6-недельном лечении.

1. Продолжительность применения. Абсолютных правил, определяющих, как долго следует продолжать лечение антидепрессантами после смягчения острого депрессивного эпизода, не существует. Продолжение терапии предотвращает рецидивирование во время периода наибольшего риска (4-6 мес после начального улучшения). Большинство специалистов рекомендуют 6-9 мес терапии. На протяжении этого периода следует поддерживать полную терапевтическую дозу.

Вопрос о длительной поддерживающей терапии в качестве профилактики будущих депрессивных эпизодов остается спорным. Некоторые больные нуждаются в длительном лечении антидепрессантами, но маловероятно, что такая терапия предотвращает новые антидепрессивные эпизоды. Рецидивирование или обострение депрессивной симптоматики после успешной терапии острого депрессивного эпизода наблюдается в первый год у 30% пациентов, на второй — у 50%, на третий — у 70%.

2. Резистентные к терапии случаи. У некоторых больных не отмечается улучшения даже после адекватных доз и необходимой продолжительности лечения. В этом случае возможно несколько подходов.

Одним из них является переход на другой по химической структуре препарат. Например, больного, резистентного к имипрамину, можно перевести на флуоксетин, тразодон или один из ингибиторов МАО. Однако многие психиатры, прежде чем перейти на другой антидепрессант, предпочитают комбинировать лечение с другим лекарственным средством, например с литием, тиреоидными гормонами. Трициклические антидепрессанты можно комбинировать (осторожно) с ингибиторами МАО. Если в подобной комбинированной терапии используется литий, его доза обычно составляет 600-900 мг/сут, а концентрация в плазме — 0,6-0,8 мг/л. Типичная комбинация трициклических антидепрессантов с тиреоидными гормонами включает 25-50 Мг Т3 (/трийодтиронин, лиотиронин) в сутки или 100 мг Т4 (/тироксин). В некоторых резистентных к терапии случаях редуцировать депрессивную симптоматику помогают психостимуляторы или их сочетание с антидепрессантами. Такие стимуляторы, как фенамин (5-20 мг/сут), могут применяться и у больных, не переносящих антидепрессанты.

Постоянным риском при медикаментозном лечении депрессий является возможность употребления больным препаратов с суицидальной целью. Многие из антидепрессантов, особенно трициклические и гетероциклические (тетрациклические препараты, тразодон) соединения, при передозировке, в основном из-за кардиотоксичности, приводят к летальному исходу. В случае высокого суицидального риска при отказе или невозможности госпитализации следует назначать специфические ингибиторы обратного захвата серотонина — венлафаксин или нефазодон — из-за их относительной безопасности при передозировке.

Последствия, которые могут возникать при резком прекращении лечения антидепрессантами, включают рецидив, синдром отмены или гипоманию (табл. 24-15). Примерно у

416 Глава 24 IV Г

10-15% больных, прекративших лечение после хорошего терапевтического эффекта, отмечаются рецидивы. Часто повторное назначение первоначального лекарственного препарата оказывается неэффективным. В связи с этим больным, у которых наблюдались улучшение и хорошая переносимость данного антидепрессанта и у которых в анамнезе отмечались повторные депрессивные эпизоды, следует рекомендовать продолжать приём препарата. Для предотвращения возникновения синдрома отмены прекращать лечение следует постепенно.

Таблица 24-15. Последствия, которые могут возникать при прекращении лечения антидепрессантами

Продолжительная эутимия (состояние благодушия)

Рецидив депрессии

Синдром отмены

Переход депрессии в эуимию

Переход в гипоманию

Утрата положительной реакции на отмену антидепрессанта при последующем его применении

Г. Нежелательные эффекты. Согласно существующим данным, все доступные в настоящее время антидепрессанты в равной степени эффективны и имеют одинаковое время наступления антидепрессивной активности. Однако некоторые из них более токсичны при передозировке и для них более характерны побочные эффекты. Большинство побочных эффектов антидепрессантов качественно одинаково (табл. 24-16 и 24-17) и различается лишь по частоте и тяжести. Некоторые препараты вызывают идиосинкразические побочные эффекты.

Д. Ингибиторы МАО. Ингибиторы МАО широко применялись на протяжении нескольких десятилетий, однако обеспокоенность по поводу потенциальных взаимодействий с продуктами, содержащими тирамин, и стимулирующими

препаратами удерживает многих клиницистов от рутинного их назначения. Тем не менее они очень эффективны при лечении депрессий и часто дают положительные результаты у больных, не реагировавших на препараты других классов. Ингибиторы МАО в последние годы стали применяться чаще в основном в связи с их эффективностью при лечении панических расстройств. Высказано также предположение, что ингибиторы МАО эффективнее трициклических антидепрессантов при лечении атипичной депрессии,, особенно при индивидуальной чувствительности. У больных атипичной депрессией терапия ингибиторами МАО эффективна у 71%, трициклическими антидепрессантами — у 50%, плацебо — у 28%.

Ингибиторы МАО, применяемые в настоящее время в Соединённых Штатах, являются необратимыми и неселективными ингибиторами МАО как типа А, так и типа В. Эти ферменты ответственны за разрушение НА, 5-НТ и ДА. Ингибиторами МАО являются фенелзин и транилципромин.

Гипертензивные реакции могут возникать спонтанно, однако обычно они являются следствием взаимодействия между ингибиторами МАО и тирамином, содержащимся в пище, или симпатомиметиками. Ингибиторы МАО не следует назначать больным, не способным соблюдать соответствующую диету и режим лечения. Данные препараты можно назначать только в исключительных случаях больным с астмой, нуждающимся во время приступов в лечении норадреналином.

Психофармакология и другие виды биологической терапии 417 Таблица 24-16.
Побочные эффекты антидепрессантов

14-4950

418 Глава 24 IVA

Таблица 24-17. Сердечно-сосудистые эффекты некоторых антидепрессантов

Типичные трициклические препараты

Увеличение частоты сердечных сокращений

Снижение проводимости, что выражается в удлинении интервалов PR и QRS

Ортостатическая гипотензия, являющаяся серьёзным осложнением, особенно у больных с сердечной недостаточностью (повреждением функции левого желудочка)

Нортриптилин даёт меньше побочных эффектов, чем другие препараты этой группы Амоксапин

Замедление проводимости при терапевтических дозах

Летальный исход при передозировке из-за блокады сердца

Ортостатическая гипотензия Мапротилин

Замедление проводимости при терапевтических дозах

Летальный исход при передозировке из-за блокады сердца

Ортостатическая гипотензия Тразодон

Отсутствие воздействия на сердечную проводимость при терапевтических дозах

Летальных исходов в результате передозировки не описано

Ортостатическая гипотензия

Нарушения желудочковой сократимости (сомнительно) Флуоксецин

Несущественное снижение частоты сердечных сокращений (около 3 в минуту)

Отсутствуют изменения интервалов PR и QRS

Описан один летальный исход в результате передозировки

Известных воздействий на артериальное давление или функцию желудочков нет

Минимальные антихолинергический, гистаминергический и а-адренергический эффекты Бупропион

Кардиальных побочных эффекты очень незначительны; минимально воздействует на сердечную проводимость

Отсутствует ортостатическая гипотензия

Ингибиторы МАО могут осложнить проведение процедур, связанных с анестезией или анальгезией. Они взаимодействуют с наркотическими веществами, вызывая синдром, характеризующийся агитацией, лихорадкой, головными болями, судорогами и комой с возможностью летального исхода. Они также могут явиться причиной угнетения дыхания, комы. Летальные исходы описаны при применении меперидина (демерола). При необходимости анальгезии можно использовать морфин, но только малыми дозами и при тщательном наблюдении за больным. Следует избегать местных анестетиков, содержащих кокаин и эпинефрин.

При возникновении симптомов гипертонического криза больным, принимающим ингибиторы МАО, следует назначить 50 мг хлорпромазина. При этом должен осуществляться тщательный медицинский контроль.

При связанных с ингибиторами МАО неотложных ситуациях эффективны хлорпрома-зин, фентоламин или другие а-блокирующие агенты. Полезными могут также оказаться периферические вазодилататоры.

Психофармакология и другие виды биологической терапии 419

Лечение ингибиторами МАО следует прекращать за 3 нед до плановых хирургических вмешательств.

Основным нежелательным эффектом ингибиторов МАО является

ортостатическая гипотензия. Для сравнения: гипертензивная реакция в результате взаимодействия с соответствующими продуктами или препаратами является редкой, тогда как почти у всех принимающих ингибиторы МАО пациентов наблюдается постуральная гипотензия. Другие побочные эффекты включают нарушение эякуляции или отсутствие оргазма, парестезии, анорексию и отёчность нижних конечностей. Результатом применения фенелзина может быть значительное снижение массы тела.

Больным, принимающим ингибиторы МАО, не следует назначать никаких антидепрессантов других классов. Назначение ингибиторов МАО нужно прекратить за 2 нед до начала терапии трициклическими антидепрессантами или ингибиторами ОЗС. Пациентам, уже принимающим трициклические антидепрессанты, можно назначать ингибиторы МАО; пациентов, принимающих флуоксетин, можно переводить на ингибиторы МАО, но после 5-недельного перерыва в лечении.

Е. Трициклические антидепрессанты. Имипрамин был открыт во время клинических испытаний антипсихотических препаратов. С тех пор было разработано много соединений соответствующей структуры, включая тетрациклические антидепрессанты. Третичные амины имеют две метиловые группы на последнем атоме азота в боковой цепи, тогда как вторичные амины — только одну.

Трициклические и тетрациклические антидепрессанты блокируют обратный нейротрансмиттерный захват НА и 5-НТ, увеличивая таким образом количество этих нейротрансмиттеров в синапсе. В целом третичные амины более эффективно ингибируют обратный захват 5-НТ, а вторичные — НА. Данные вещества блокируют многие рецепторы, включая холинергические, гистаминергические, а также α_1 - и α_2 -адренорецепторы. Третичные соединения вызывают значительно чаще седативный эффект, сухость во рту, запоры и ортостатическую гипотензию, чем вторичные амины (нортриптилин, дезипрамин и протриптилин). Хотя многочисленные побочные эффекты третичных аминов затрудняют их применение при депрессиях, данные соединения часто используются при лечении других состояний. Доксепин, тримипрамин и амитриптилин, например, являются мощными блокаторами Н1 и Н2 и могут применяться при аллергическом зуде и язве желудка. Их также используют при лечении неврологических болей. При первоначальном выборе препарата в группе трициклических антидепрессантов более предпочтительны вторичные амины — нортриптилин и дезипрамин, чем третичные. У этих препаратов значительно меньшая седативная и антихолинергическая активность, поэтому они лучше переносятся больными. У дезипрамина минимальный из всех трициклических антидепрессантов антихолинергический эффект. У нортриптилина отмечается минимальный риск развития ортостатической гипотензии у больных с сердечной недостаточностью.

У трициклических антидепрессантов отмечается широкий спектр побочных эффектов, являющихся частой причиной несогласия пациентов с продолжением лечения. Около четверти больных плохо переносят начало терапии трициклическими антидепрессантами.

Побочными эффектами, в большей степени вызывающими субъективный дистресс, являются такие вегетативные симптомы, как сухость во рту, запоры и нечёткость зрения, потливость и ортостатическая гипотензия, такие поведенческие и неврологические

420 Глава 24 IV Ж

симптомы, как вялость, сонливость, ажитация и тремор. Другими нежелательными эффектами, вызывающими субъективный дистресс, являются тахикардия, прибавка массы тела и снижение сексуальной функции.

В плане заболеваемости и смертности сердечно-сосудистые побочные эффекты вызывают наибольшую озабоченность. В дополнение к тахикардии

трициклические антидепрессанты вызывают неспецифические изменения ST-T, снижение амплитуды волн T, увеличение интервалов PR-QT и пролонгацию комплекса QRS. Фактически трициклические антидепрессанты обладают хинидиноподобными свойствами и считаются антиаритмическими препаратами 1а типа.

Хотя кардиальные эффекты трициклических антидепрессантов представляют незначительный риск для здоровых лиц, они могут оказаться опасными для больных с сердечно-сосудистой патологией. Наиболее серьёзной опасностью является появление блокады сердца и аритмии. В связи с этим стандартным исследованием является снятие ЭКГ перед началом лечения трициклическими антидепрессантами у всех больных.

Другими побочными эффектами, которые следует ожидать из-за их потенциальной опасности, являются прогрессирование глаукомы, судороги, возникновение мании, делирия и ажитации.

Ж. Тетрациклические антидепрессанты. К антидепрессантам, которые структурно и фармакологически схожи с трициклическими антидепрессантами, относятся амоксапин и мапротилин.

1. Амоксапин. Является аналогом локсапина — мощного антипсихотического препарата. Амоксапин обладает клинически важной ДА-блокирующей активностью. Каждые 100 мг амоксапина по своей антипсихотической активности эквивалентны примерно 0,5-1,0 мг галоперидола. Таким образом, в полной мере свою эффективность препарат проявляет у больных депрессией и психозами. Этот комбинированный эффект может находить терапевтическое приложение в случаях тяжёлой депрессии, включающей психотическую симптоматику. Амоксапин устраняет потребность в отдельном назначении антипсихотического препарата и антидепрессанта.

У некоторых пациентов амоксапин быстро смягчает симптоматику, часто в дозах ниже 100 мг/сут; обычные терапевтические дозы колеблются от 150 до 200 мг/сут. У амоксапина короткий период полувыведения (8 ч), поэтому его суточную дозу следует делить на несколько приёмов. Из-за блокирования постсинаптических ДА-рецепторов побочные эффекты амоксапина подобны таковым у антипсихотических препаратов — акатизия, дистония, острая и поздняя дискинезия. Общая частота вызванных амоксапином экстрапирамидных симптомов невелика, однако врачам следует соблюдать осторожность в отношении их возникновения во время лечения. Кроме антипсихотической активности, амоксапин обладает побочными эффектами, подобными таковым у НА-селективных препаратов, особенно мапротилина и дезипрамина.

2. Мапротилин. Является наиболее селективным ингибитором обратного захвата НА. Структурно и фармакологически подобен дезипрамину — второму селективному бло-катору НА. Единственным важным структурным различием между двумя соединениями является мост в центральном кольце мапротилина; это молекулярное различие позволяет классифицировать мапротилин как тетрациклический антидепрессант.

Психофармакология и другие виды биологической терапии 421

Основным преимуществом мапротилина является слабая выраженность седативного и антихолинергического побочных эффектов. Его наиболее существенный недостаток — высокий риск развития судорог, связанных с приёмом препарата, описанных как при терапевтических дозах, так и при передозировках у больных без судорожных расстройств в анамнезе. Риск развития судорог связан с дозой, что требует особого внимания при назначении максимально рекомендуемой дозы (225 мг/сут) или превышении её. Настороженность должна проявляться и при отмене бензодиазепинов у больных, принимающих мапротилин, так как порог судорожной готовности может снизиться.

Период полувыведения мапротилина составляет 43 ч. Столь длительный

период может требовать продолжительного наблюдения после назначения максимальной дозы. 3. Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина. Как и трициклические антидепрессанты, венлафаксин блокирует обратный захват 5-НТ и НА. В отличие от трициклических препаратов он существенно не взаимодействует с адренергическими, мускариновыми, гистаминергическими или серотонинергическими рецепторами. С точки зрения клинического применения это формирует значительно более переносимые, чем у трициклических антидепрессантов, побочные явления. Наиболее характерным побочным эффектом венлафаксина является тошнота. Она зависит от дозы и проходит со временем. Редким побочным эффектом является системная гипертензия. Она также зависит от дозы, но имеет тенденцию к устойчивости. Всем получающим венлафаксин больным следует периодически в первые месяцы терапии и при увеличении дозы измерять артериальное давление. Повышение давления не является поздним симптомом. Оно возникает в начале лечения или при наращивании дозы.

Обычной начальной дозой венлафаксина является 37,5 мг 2 раза в день. Важным отличием препарата от селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, не имеющих четкой связи с дозой, является большая эффективность высоких доз венлафаксина. Несмотря на это, многие больные реагируют и на 75 мг/сут. И. Моноциклические антидепрессанты. Бупропион является относительно селективным ингибитором обратного захвата НА с некоторой активностью, блокирующей обратный захват дофамина.

Профиль побочных эффектов бупропиона отличается от такового типичных антидепрессантов. У значительной части больных отмечаются повышенная утомляемость, жажда, тревога и инсомния, особенно в начале лечения (эти эффекты можно купировать седативно-снотворными препаратами). Выраженность подобной симптоматики, достаточной для прекращения терапии бупропионом, встречается у 2% больных. Генерализованные судороги при применении бупропиона встречаются примерно у 0,4% больных — уровень, который может превышать таковой при использовании других антидепрессантов. В связи с этим бупропион противопоказан больным с судорожными расстройствами. Риск судорог может быть минимальным при общей суточной дозе ниже 450 мг. Бупропион выпускается в таблетках по 75 и 100 мг. Общая суточная доза обычно составляет 200-225 мг. Через 3 нед она может быть увеличена до 300-450 мг. Разовая доза не должна превышать 150 мг.

К преимуществам бупропиона относится отсутствие клинически значимых влияний на проводимость сердца или частоту сердечных сокращений и существенной ортоста-тической гипотензии. У него также выявлены незначительные антихолинергические

422 Глава 24 IV К

эффекты, возможны незначительная прибавка массы тела и некоторая дневная сонливость. Бупропион не влияет на сексуальную функцию.

К. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). С 1989 г. 3 препарата — флуоксетин, сертралин и пароксетин — были предложены в Соединённых Штатах для лечения депрессий, а флувоксамин, кроме того, был утверждён для лечения обсессивно-компульсивных расстройств (табл. 24-18). СИОЗС имеют общий механизм действия, мощно ингибируя обратный захват 5-НТ. Они также существенно не взаимодействуют с адренергическими, гистаминергическими, мускариновыми или серотонинергическими рецепторами. Вследствие этого СИОЗС по сравнению с три- и тетрациклическими препаратами дают небольшие побочные эффекты, такие, как анти-холинергические, прибавка массы тела и вялость. СИОЗС более безопасны при передозировке.

СИОЗС широко применяют при лечении не только депрессий, но и часто

обсессивно-компульсивных расстройств и расстройств пищевого поведения. Широкий спектр их клинических эффектов отражает широкое влияние 5-НТ-системы на многие биологические функции.

Профиль побочных эффектов СИОЗС можно рассматривать обобщённо, хотя из-за незначительных фармакологических различий между препаратами и чувствительности пациентов некоторые больные могут переносить одни препараты лучше, чем другие. К общим побочным эффектам относятся тревога, инсомния, расстройства ЖКТ (тошнота, диарея), головная боль, снижение аппетита и сексуальные расстройства (задержка оргазма, снижение либидо). Менее распространенными побочными эффектами являются сонливость, утомляемость, потливость, тремор и экстрапирамидные симптомы. Лабораторное обследование может выявить гипонатриемию, повышение уровня холестерина и удлинение времени кровотечения. Резкое прекращение приёма СИОЗС может вызвать синдром отмены.

Постепенного подбора дозы обычно не требуется. Начальная доза традиционно является терапевтической, за исключением той, которая применяется у больных с обсессивно-компульсивными расстройствами, нервной анорексией и нервной булимией, у которых дозу необходимо увеличить. В целом СИОЗС назначаются один раз в день, в основном утром, чтобы не вызвать инсомнию.

Таблица 24-18. Специфические ингибиторы обратного захвата серотонина

	Флуоксетин	Сертралин	Пароксетин	Флувоксамин
Период полувыведения	4-6 дней	1 день	1 день	15,6 ч
Активный препарат	4-16 дней	2-4 дня	—	—
Метаболит	Есть	Есть	Нет	Нет
Воздействие пищи на всасывание	95	99	95	80
Связывание белков плазмы, %	IID6	IID6	IID6	IIA4
Ингибирование системы изоэнзима цитохрома P-450	Капсулы 10 и 20 мг; раствор 20 и 15 мг	Таблетки 50 и 100 мг	Таблетки 20 и 30 мг	Таблетки 50 и 100 мг
Формы выпуска				

Психофармакология и другие виды биологической терапии 423

1. Флуоксетин. Период полувыведения флуоксетина составляет 4-6 дней, а его активного метаболита — до 16 дней. Столь длительный период полувыведения объясняется потенциальным фармакодинамическим и фармакокинетическим взаимодействием с другими препаратами после прекращения приёма флуоксетина. Например, перед назначением ингибиторов MAO необходимо сделать 5-недельный перерыв после последней дозы флуоксетина. В то же время долгий период полувыведения сводит к минимуму риск возникновения синдрома отмены после прекращения терапии флуоксетином.

2. Сертралин. Является наиболее селективным из СИОЗС, хотя клиническая ценность этого качества пока не установлена. Сертралин также обладает некоторой блокирующей обратный захват дофамина активностью.

Период полувыведения сертралина составляет 1 день, а его метаболита — 2 дня. В сравнении с пароксетином и флуоксетином он слабее угнетает изоэнзим цитохрома P-450 IID6. Его применение в меньшей степени сопровождается повышением уровней в плазме сочетаемых и проходящих тот

же метаболический путь препаратов. К таким лекарственным средствам относятся циметидин, пропранолол, галоперидол и фенитон.

3. Пароксетин. Наиболее мощно угнетает обратный захват 5-НТ, но не является столь селективным, как сертралин. Клиническая значимость этих различий неизвестна. Пароксетин имеет период полувыведения 1 день и не имеет активных метаболитов.

Клинические исследования указывают на то, что для предотвращения развития синдрома отмены при окончании лечения дозу пароксетина следует уменьшать постепенно (в течение более чем 1 мес).

4. Флувоксамин. Существенно не отличается от других препаратов этого класса, но утверждён только для лечения обсессивно-компульсивных расстройств. Такие СИОЗС, как пароксетин и сертралин, столь же эффективны при лечении обсессивно-компульсивных расстройств, как и флувоксамин.

Флувоксамин имеет период полувыведения около 15 ч — самый короткий среди СИОЗС. Активных метаболитов не имеет. В сравнении с другими СИОЗС, у которых уровень связывания с белками плазмы 95% и выше, флувоксамин с уровнем 80% имеет наименьший риск лекарственного взаимодействия.

Так как флувоксамин является мощным ингибитором фермента цитохрома Р-450 2С19, он фармакокинетически взаимодействует с алпразолом, триазолом, терфенадином и астемизолом. Увеличение концентрации терфенадина и астемизола вызывает желудочковую тахикардию, поэтому их не следует комбинировать с флувоксамином. В противоположность другим СИОЗС флувоксамин не является мощным ингибитором изофермента цитохрома Р-450 3А4.

Лечение флувоксамином следует начинать с 50 мг/сут. Рекомендуемые дозы находятся в пределах 100-300 мг. При назначении доз свыше 100 мг/сут их следует делить на 2 приёма. Л. Фенилпиперазины. Два фенилпиперазиновых соединения — тразодон и нефазодон — являются уникальными среди антидепрессантов по силе антагонизма к

5-НТН-

рецепторам. Они различаются побочными эффектами.

424 Глава 24 IV Л

1. Тразодон. Является высокоспецифичным блокатором обратного захвата 5-НТ *in vitro*. Его терапевтические эффекты объясняются активностью в качестве ингибитора обратного захвата 5-НТ и антагонизмом к 5-НТН-рецепторам. Сердечно-сосудистые эффекты тразодона отличаются от таковых трициклических антидепрессантов. Обычно они незначительны в связи с его низкой хинидиноподобной активностью. В то же время у тразодона отмечено аритмогенное свойство, вызывающее изолированные преждевременные сокращения желудочков и короткие эпизоды (3-4 удара) желудочковой тахикардии.

Тразодон рекомендуется принимать после еды или лёгкой закуски. Принимая его натощак, некоторые больные (около 6%) испытывают головокружение. Тразодон безопаснее трициклических антидепрессантов при передозировке. При приёме вместе с препаратами, угнетающими ЦНС, или алкоголем возможен синергический эффект. Судорог при передозировке тразодон не вызывает. Приблизительно 1 из 800 мужчин, принимающих тразодон, испытывает усиление эрекции, чаще всего проходящее спонтанно. Однако при появлении приапизма пациента следует направить в кабинет неотложной помощи, где ему, возможно, будет назначена внутрикорпоральная инъекция НА.

Наиболее частыми побочными эффектами тразодона являются вялость и ортостатическая гипотензия. Многие клиницисты применяют тразодон в качестве снотворного для больных, не реагирующих на бензодиазепины, или при подозрении на возможное развитие бензодиазепиновой зависимости.

Обнаружена также эффективность тразодона при лечении ажитации и агрессии при органических психических расстройствах.

2. Нефазодон. Хотя нефазодон и является аналогом тразодона, ему свойственны иные фармакологические эффекты и как следствие другое побочное действие. Подобно тразодону, нефазодон является мощным антагонистом постсинаптических 5-HT_{1A}-рецепторов и ингибитором пресинаптического обратного захвата 5-HT. В отличие от тразодона он ингибирует и пресинаптический обратный захват НА. К другим различиям между нефазодоном и тразодоном относятся значительно меньший антагонизм к α^1 -адренорецепторам и отсутствие тропности к α_2 - и ρ -адренорецепторам. Вследствие этого нефазодон не вызывает приапизма или выраженной ортостатической гипотензии, частота которой ниже 3%.

Как выявили клинические испытания, нефазодон сравнительно быстро редуцирует симптоматику тревоги, связанной с депрессией, а также быстро купирует связанную с депрессией инсомнию.

Нефазодон не обладает выраженной кардиотоксичностью и не приводит к изменениям на ЭКГ. У небольшого количества больных (меньше 2%) может развиваться синусовая брадикардия. Прием нефазодона не сопровождается изменением массы тела, он не вызывает нарушений оргазма и не снижает сексуальное влечение. Хотя нефазодон непосредственно не взаимодействует с мускариновыми рецепторами, при его применении отмечаются незначительные антихолинергические побочные эффекты.

Нефазодон может угнетать систему цитохрома P-450 3A4 и, таким образом, повышать уровни препаратов, метаболизирующихся таким же путем. Нефазодон не следует сочетать с терфенадином и астемизолом. При одновременном назначении с нефазодоном алпразолама и триазолама возможно повышение уровня триазоло-

Психофармакология и другие виды биологической терапии 425

бензодиазепинов в плазме. Лоразепам, оксазепам и темазепам с нефазодоном не

взаимодействуют.

Лечение нефазодоном следует начинать с дозы 100 мг 2 раза в день. Через неделю

доза может быть увеличена до 150 мг 2 раза в день. Терапевтическая доза равна

300-600 мг/сут независимо от возраста пациента.

V. АНТИМАНИКАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

A Литий. Антипсихотические препараты применяют при лечении маний для достижения быстрой редукции симптоматики. ЭСТ также может радикально улучшить острые симптомы мании. Однако основным препаратом для лечения мании является литий. Он не только помогает контролировать острые эпизоды мании, но и снижает риск рецидивирования. Альтернативой литию могут служить несколько противосудорожных средств и блокаторов кальциевых каналов.

1. Назначение. Проводят тест на тиреоидную функцию, определяют лейкоцитарную формулу, содержание электролитов, а также мочевины, азота и креатинина в крови (МА/КК) Если МА/КК отклоняется от нормы, необходимо провести 2- и 24-часовой анализ клиренса креатинина. Также необходимо контролировать уровни лития и электролитов в сыворотке (особенно у больных, принимающих диуретики). Необходим контроль за состоянием щитовидной железы и почек — литий может вызывать почечную недостаточность, гипотиреозидизм и (редко) гипертиреозидизм. Почечный клиренс связан с натриевым; недостаток натрия может оказаться причиной появления токсичных уровней лития. Терапевтический индекс низкий. Литий может вызывать лейкоцитоз. Основные изменения ЭКГ могут включать уплощение, изоэлектричность или инверсию волн Т. Описаны также

аритмогенные свойства лития и вызванные им нарушения проводимости (обсуждается вероятность замещения литием внутриклеточного калия). Литий может обладать антипсихотической активностью; часто применяется с антипсихотическими препаратами для лечения острой мании с психотическими проявлениями; непосредственно антиманиакальный эффект может проявляться через 10-14 дней.

2. Уровни лития. Определение необходимо проводить через 8-12 ч после приёма последней дозы, обычно утром после вечернего приёма; уровень лития следует проверять минимум 2 раза в неделю по мере стабилизации состояния пациента. Период полувыведения лития составляет 22 ч; 95% препарата выводится с мочой.

3. Терапевтические уровни. 0,6-1,2 мэкв/л в качестве поддерживающей терапии, 1,0-1,5 мэкв/л при острой мании. (Некоторые больные реагируют на низкие дозы, тогда как другим требуются более высокие дозы — истинный терапевтический разброс может быть широким, но эффективность при уровне ниже 0,4 мэкв/л, вероятно, является плацебо-эффектом.)

Б. Другие антиманиакальные препараты. Основные современные данные касаются очевидной пользы противосудорожных средств и антагонистов кальция. Также применяют о2-агонист клонидин.

1. Противосудорожные средства. Применение: 1) неадекватная реакция или непереносимость нейрорептиков или лития; 2) симптомы мании; 3) быстрое рецидивирование; 4) изменения на ЭЭГ; 5) травмы головы в анамнезе. Наиболее часто применяют карбамазепин, вальпроат и клоназепам.

426 Глава 24 VB

а. Карбамазепин. Структурно похож на трициклические антидепрессанты; утверждён для лечения парциальных, тонико-клонических судорог и пароксизмального болевого синдрома при невралгии тройничного нерва и фантомных болях. i. Применение в психиатрии: 1) острая мания; 2) депрессия; 3) психические симптомы, вторичные по отношению к судорожным расстройствам; 4) быстрое прогрессирование шизофрении (дополнительно к нейрорептикам); 5) шизоаффективные расстройства; 6) эпизодические синдромы нарушения контроля. и. Возможные факторы предсказания антиманиакальной реакции при применении карбамазеина: резистентность к литию; быстрые циклы (более 4 эпизодов в год); тяжёлые маниакальные, депрессивные, тревожные или дисфорические больные; выраженная тяжесть заболевания; шизоаффективные или психотические симптомы; органическое заболевание головного мозга; первичные эпизоды мании при отсутствии заболевания у членов семьи или раннее начало заболевания.

Нi. Фармакология. Период полувыведения в первые 3 дня 12 ч или меньше в устойчивом состоянии; минимальная концентрация достигается через 6 ч после приёма. Метаболизируется почти исключительно печенью (90%) через систему цитохрома Р-450. Начальная доза обычно составляет 200 мг 2 раза в день с последующим увеличением при необходимости на 200 мг каждые несколько дней. Терапевтическая концентрация составляет 8-12 г/мл. iv. Взаимодействие с лекарственными препаратами

а. Со всеми препаратами, метаболизируемыми через систему цитохрома Р-450.

б. Фенитон, фенобарбитал, теофиллин снижают концентрацию карбамазеина.

в. Эритромицин, литий, верапамил, изониазид, дилтиазем, пропексифен, циметидин повышают концентрацию карбамазеина.

г. Карбамазепин снижает концентрации клоназепама, галоперидола, трициклических антидепрессантов, тетрациклина, вальпроата, варфарина, этосуксимида, фосфатов кальция в крови; увеличивает концентрации кломипрамина и препаратов наперстянки.

в. Предварительная подготовка. Соматическое обследование, клинический

анализ крови с определением количества лейкоцитов (не ниже 4000), тестирование функции печени, почек, еженедельный анализ крови в первый месяц, далее каждые 3 мес.

vi. Противопоказания. Количество лейкоцитов ниже 3000, гематокрит ниже 32%; количество эритроцитов ниже 4000000 в 1 мм³, количество тромбоцитов меньше 100000 в 1 мм³, гемоглобин ниже 11 г на 100 мл.

vii. Характерные нежелательные эффекты. Небольшая лейкопения, тошнота и рвота, высыпания (около 10%), диплопия, вялость, головокружение, атаксия.

viii. Редкие нежелательные эффекты. Синдром Стивенса-Джонсона — эксфолиативный дерматит, гепатит, апластическая анемия, агранулоцитоз, тромбо-цитопения.

ix. Другие важные лекарственные взаимодействия и нежелательные эффекты. Литий и карбамазепин — нейротоксичность; замедляет внутри-сердечную проводимость и может усиливать имевшееся ранее нарушение проводимости; антидиуретическое свойство — стимулирует функционирование

Психофармакология и другие виды биологической терапии 427

рецепторов антидиуретического гормона; подавляет циркулирующие концентрации Т3 и Т4.

б. Вальпроат. Утверждён для лечения малых эпилептических припадков, миоклонических судорог, генерализованных тонико-клонических судорог, маниакальных эпизодов.

i. Применение в психиатрии. Биполярное и шизоаффективное расстройство. Н. Фармакология. Период полувыведения около 8 ч; максимальная концентрация достигается через 1-4 ч после приёма; метаболизируется печенью. Ни. Доза. Начальная доза около 250 мг 2 или 3 раза в день, может увеличиваться на 250 мг каждые 2-3 дня; обычно дозы колеблются от 750 до 3800 мг; терапевтическая концентрация составляет 40-150 мг/л.

iv. Характерные нежелательные эффекты. Тошнота (5%), седация (5%), тремор рук, прибавка массы тела; бессимптомное преходящее, зависящее от дозы повышение показателей функционирования печени. v. Редкие нежелательные эффекты. Гепатит с летальным исходом, отражающий неясное взаимодействие с ферментами печени; наблюдается у детей с задержкой умственного развития или с судорожным расстройством, принимающих фенобарбитал; снижение количества тромбоцитов или их дисфункция (редко).

в. Клоназепам. Утверждён для лечения акинетических судорог, миоклонических судорог, атипичных малых эпилептических припадков, а также спазмов у детей. i. Применение в психиатрии. Острая мания (дозы около 2-16 мг/сут); панические приступы (дозы 3-6 мг/сут); синдром отмены и дезинтоксикация при передозировке бензодиазепинов; синдром де ла Туретта; парадоксальные эффекты антидепрессантов.

Н. Механизм действия. Неизвестен, но предполагается потенцирование синтеза 5-НТ, потенцирование трансмиссии (ГАМК), имитация нейротрансммитерглицина.

Ни. Фармакология. а-Дериват 7-нитробензодиазепамина (в классе диазепама); период полувыведения 79 ч; максимальная концентрация через 1-3 ч после приёма.

Начальные дозы около 0,5 мг 2 раза в день; могут увеличиваться на 0,5 мг каждые 3 дня до обычного максимума 3-6 мг/сут (при острой мании выше); метаболизируется печенью.

iv. Нежелательные эффекты. Атаксия, парадоксальные изменения поведения, включая расторможенное, сонливость, реже сексуальная дисфункция.

г. Верапамил.

i. Утверждённое применение. Стенокардия, гипертензия, некоторые суправентрикулярные тахикардии.

Н. Непсихиатрическое применение. Мигрени, гипертрофические кардиомиопатии, дисменорея, болезнь Рейно, инсулиномы, церебральный сосудистый

спазм вследствие внутримозгового кровотечения, преждевременные роды. Нй.

Другие возможности применения в психиатрии

а) Депрессия — контрольных исследований не проводилось.

б) Тревога — единичные сообщения.

в) Шизофрения — единичные сообщения.

428 Глава 24 VIA

iv. Фармакология. Период полувыведения 5 ч; максимальная концентрация через 1-2 ч после приёма; метаболизируется печенью; у пациентов с дисфункцией печени необходимо снизить дозу на одну треть.

v. Доза. Начальная доза 80 мг 2 раза в день. Может увеличиваться на 80 мг ежедневно примерно до 320-480 мг (максимум) или до достижения терапевтического эффекта.

vi. Нежелательные эффекты. Гипотензия, брадикардия, головокружение, тошнота, головная боль.

vii. Противопоказания. Тяжёлая дисфункция печени, систолическое артериальное давление ниже 90 мм рт.ст., слабый синусовый синдром, атриовентрикулярная блокада.

viii. Взаимодействие. Снижение концентрации лития; исследования показывают, что верапамил, как и литий, может быть кардиотоксичным; повышает концентрацию в плазме карбамазепина.

VI. ДРУГИЕ ПРЕПАРАТЫ

A. р-Блокаторы. Антагонисты р-адренергических рецепторов (р-блокаторы) широко применяются в других областях медицины. Различные препараты по-разному воздействуют на р,- и P2-адренергические рецепторы. Они также различаются по степени растворимости в жирах, что влияет на их центральные медиаторные эффекты, а также по побочным эффектам (наиболее важный — депрессия). Пропранолол, наиболее широко изученный р-блокатор, блокирует $H\beta^+$, и P2-рецепторы и хорошо растворим в жирах. Меры предосторожности следует принимать при назначении р-блокаторов больным астмой или сердечно-сосудистыми заболеваниями.

1. Фармакология. Антагонисты р-адренергических рецепторов действуют как сим-патолитические препараты. В ЦНС голубоватое место содержит большинство но-радренергических и адренергических нейронов, широко распространяющихся и за пределы мозга. В мозгу р-адренергические рецепторы располагаются преимущественно постсинаптически и блокируются р-блокаторами.

2. Утверждённые показания

а. Гипертензия.

б. Стенокардия.

в. Некоторые тахикардии.

г. Симптомы тиреотоксикоза.

д. Глаукома.

е. Профилактика мигрени.

3. Применение в психиатрии

а. Волнение перед выходом на сцену — страх перед аудиторией, лучше всего купируется периферически действующими (наименее липофильными) р-блокаторами (атенолол, надолол).

б. Лечение вызванного литием тремора.

в. Вызванная нейролептиками акатизия — обычные дозы около 20-80 мг/сут пропранолола или его эквивалента.

г. Отмена алкоголя (или бензодиазепина) — контроль тремора, улучшение витальных признаков.

Психофармакология и другие виды биологической терапии 429

д. Импульсивная ярость у больных с органическим поражением головного мозга.

е. Генерализованная тревога и панические расстройства (только

вегетативные симптомы); дозы 40-320 мг пропранолола или его эквивалента.

4. Нежелательные эффекты. Гипотензия, брадикардия, головокружение, депрессия, слабость, тошнота и диарея.

Б. Клонин дин. Центральнo действующий α_2 -агонист, вызывает снижение центрального адренергического выброса; применяется при гипертензии.

1. Возможное применение в психиатрии

а. Отмена опиатов — подавляет вегетативную симптоматику; неэффективен при подавлении желаниия. Применим при отмене метадона. Доза 0,1 мг 2 или 3 раза в день со снижением по мере завершения симптоматики отмены.

б. Синдром де ла Туретта, характеризуется множественными двигательными и голосовыми тиками, развивающимися в детстве. Клонидин является альтернативой галоперидола; для достижения результатов может применяться 2-3 мес, начать с 0,5 мг/сут.

в. Мания — у больных, резистентных к обычному лечению; дозы 0,2-0,4 мг 2 раза в день.

г. Тревожные расстройства — результаты не позволяют делать определённые выводы.

д. Вызванная нейролептиками акатизия, доза 0,2-0,8 мг/сут.

2. Фармакология. Период полувыведения 9 ч. Препарат принимают 2 раза в день; максимальная концентрация достигается через 1-3 ч после приема. Клонидин высоколипофилен — он легко проникает через гематоэнцефалический барьер. 50% метаболизируется печенью, 50% выделяется в неизмененном виде почками. Для предотвращения гипертензивного криза при отмене рекомендуется постепенное снижение дозы.

3. Нежелательные эффекты. Сухость во рту, вялость, головокружение, тошнота, импотенция, задержка жидкости, синергизм с алкоголем, яркие сновидения и кошмары, инсомния, утомляемость, депрессия, тревога.

4. Взаимодействие. С трициклическими антидепрессантами — снижение антигипертензивного эффекта.

В. Ноотропные препараты

Синонимы: нейрометаболические церебропротекторы, нейрорегуляторные средства, ней-роанаболические средства, эуτροφические средства.

Этот новый класс лекарственных средств был открыт в конце 60-х годов в лаборатории фирмы ЮСБ (Бельгия), а термин «ноотропы» был предложен Джорджиа в 1972 г. Ноотропные препараты (ноос — разум, тропос — стремление) — это широкий круг лекарственных средств, основными свойствами которых являются облегчение процесса обучения, улучшение памяти, предотвращение амнестических нарушений, облегчение межполушарной передачи, снижение чувствительности мозга к гипоксии, токсическому и судорожному воздействию.

Механизм ноотропного действия связан с активацией синтеза фосфолипидов со стабилизацией клеточной мембраны и взаимодействием с различными нейромедиаторными системами, главным образом с ГАМК.

В течение многих лет пирацетам был единственным представителем группы ноотропов, ресинтезированным в других странах. В настоящее время появился целый ряд

430 Глава 24 VIII

ноотропных препаратов. Их классификация предложена Т.А. Ворониной, которая объединяет ноотропные препараты на основе однонаправленности основного ноотропного действия, определяющего их влияние в клинике, а именно способность повышать устойчивость мозга к различным вредным воздействиям, улучшать процессы обучения и памяти. Выделяют собственно ноотропные препараты и препараты с ноотропными свойствами.

I. Ноотропные препараты

Препарат/синоним	Химическая структура
Пирацетам	Ноотропил
Пирамем	Ойкамид
Аминалон	Гаммалон
Пиридитол	Энцефабол
Пикамилон	Никатинол
Пантогам	Кальциевая соль гомопантотеновой кислоты
Оксибутират натрия	ГОМК
Фенотропил	Фепирон

II. Препараты с ноотропными свойствами

1. Цереброваскулярные препараты (винпоцетин, танакан и др.)
2. Транквилизаторы с ноотропными свойствами (гидазепам, мексидол и др.)
3. Холинергические препараты (деанол и др.)
4. Нейропептиды и их аналоги
5. Антиоксиданты (дибунол и др.)
6. Актопротекторы (бемитил и др.)
7. Разные вещества растительного происхождения

III. Комбинированные препараты (фезам и др.)

Радикалы действия ноотропов (А.С. Нисс)

1. Психостимулирующий — влияние на апатию, гипобулию, аспонтанность, бедность побуждений, психическую инертность, моторную и интеллектуальную заторможенность.
 2. Антиастенический — влияние на слабость, вялость, истощаемость, психическую и физическую астению.
 3. Транквилизирующий — воздействие на раздражительность, эмоциональную возбудимость.
 4. Антидепрессивный — влияние на пониженное настроение.
 5. Повышающий уровень бодрствования, сознания — воздействие на угнетенное (оглушенность, сопор, кома) и спутанное (делирий, спутанность) сознание.
 6. Противозепилептический — действие на пароксизмальную активность.
 7. Ноотропный — действие на задержку умственного развития и нарушение высших корковых функций (суждений, критики).
- Психофармакология и другие виды биологической терапии 431
8. Мнемотропный — влияние на обучение и память.
 9. Адаптогенный — повышающий толерантность к различным экзогенным факторам, в том числе и к медикаментозным средствам.
 10. Вазовегетативный — уменьшающий головные боли, головокружение, вегетативную неустойчивость.
 11. Противопаркинсонический — воздействующий на экстрапирамидные паркинсонические расстройства (гжюкинето-гипертонический синдром).
 12. Антидискинетический — воздействующий на экстрапирамидную дискинетическую симптоматику.

VII. ЭСТ

Для некоторых больных ЭСТ может оказаться безопаснее, чем трициклические антидепрессанты. Применяется обычно после неэффективности всех остальных терапевтических попыток или у пациентов, состояние которых настолько острое или опасное в отношении суицида, что курс фармакотерапии может оказаться слишком медленным лечением.

A. Показания

1. Тяжелое депрессивное расстройство (любого типа).

2. Биполярное расстройство — депрессия.

3. Биполярное расстройство — мания (только после неудачной психофармакотерапии или если больной очень опасен).

4. Шизофрения (остается спорным) — нехроническая, острая, особенно параноидная, кататоническая или с яркими аффективными симптомами.

5. Беременность — ЭСТ часто является методом выбора при лечении суицидальных и депрессивных расстройств или беременных с психозами, которые не принимают психотропные препараты.

Б. Курс. ЭСТ обычно назначается 3 раза в неделю. Больным депрессией традиционно требуется 6-10 сеансов. При шизофрении обычно требуется 10-20 сеансов. Состояние каждого больного необходимо оценивать между сеансами, и при отсутствии признаков улучшения ЭСТ следует прекратить.

1. Не лечит ни одно заболевание, но может способствовать возникновению ремиссии при остром эпизоде.

2. После завершения курса ЭСТ следует проводить другие виды лечения, например медикаментозное и психотерапевтическое.

3. Может применяться также профилактически для предупреждения рецидивов.

В. Нежелательные эффекты

1. Кардиальные. Из-за гиперактивности вагуса симпатически вызванные желудочковые аритмии, побочные эффекты сукцинилхолина — гиперкалиемия, непосредственная кардиотоксичность сукцинилхолина.

2. Центральная нервная система. Транзиторные нарушения памяти — ретроградные и антероградные (обычно проходят через 1-2 нед); головные боли; длительные судороги (в начальной стадии можно лечить высокими дозами анестетиков, при отсутствии эффекта лечат как эпилептический статус); длительное нарушение памяти — обычно ограничивается событиями, происходившими во время ЭСТ, но возможны худшие варианты, особенно у больных с существовавшей ранее когни-

432 Глава 24 VIIЖ

тивной недостаточностью; образование грыж мозга в результате повышения внутричерепного давления при судорогах у больного с недиагностированной опухолью головного мозга.

Г. Медицинская подготовка. Общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, рентгенография грудной клетки, позвоночника (для регистрации существовавших ранее переломов и других аномалий), ЭКГ, при возможности КТ головы. Д. Важные анамнестические данные

1. Гипертензия. Больные, получающие антигипертензивную терапию, могут нуждаться в подборе дозы для компенсации повышающегося во время судорог артериального давления. Больным гипертензией в целях профилактики часто назначается глицерин или пропранолол.

2. Скелетно-мышечные травмы требуют большего количества релаксантов.

3. Приём резерпина или антихолинэстераз следует прекратить на 1 нед.

4. Литий — существуют данные об увеличении когнитивных нарушений у больных, проходивших ЭСТ во время приёма лития, поэтому литий обычно отменяют.

5. Трициклические антидепрессанты обычно отменяют в связи с сердечно-сосудистыми побочными эффектами.

6. Антипсихотики — лечение продолжают, так как они снижают порог судорожной готовности и имеют мало побочных эффектов.

7. Ингибиторы МАО — мнения расходятся.

8. Лечение препаратами, повышающими порог судорожной готовности, следует прекратить, например противосудорожными, бензодиазепинами, лидокаином.

Е. Подготовка больного

1. Согласие больного.

2. Альтернативное лечение.
3. Побочные эффекты.
4. Период выздоровления (обычно 1-3 нед тщательного наблюдения до исчезновения когнитивных расстройств).

Ж. Процедура. Больной не должен принимать пищу после полуночи; разрешается жидкий завтрак, если ЭСТ назначена на обеденное время. Следует приготовить оборудование для сердечно-лёгочной реанимации и интенсивной терапии. Необходимо присутствие анестезиолога и специалиста по эндотрахеальной интубации. Требуются аспирационное оборудование, ЭКГ и (обычно) ЭЭГ-мониторинг.

1. Антихолинергические препараты. 0,5 мг атропина внутривенно до ускорения пульса на 10% (возможно также внутримышечное введение за полчаса до лечения). Это снижает риск аритмии и аспирации.

2. Анестезия. Обычно используются барбитураты, при этом должна быть найдена минимальная эффективная доза, так как большие дозы повысят порог судорожной готовности и удлинит период апноэ. Чаще всего используются:

а. Тиопентал 100-300 мг, имеет более длительный, чем метогекситал, период полувыведения и может вызывать необходимую мышечную расслабленность.

б. Метогекситал 30-160 мг — быстродействующий, менее кардиотоксичный, чем тиопентал.

в. Кетамин может применяться, если судороги очень короткие или не возникают вообще даже при максимальном режиме работы установки.

Психофармакология и другие виды биологической терапии 433

3. Мышечные релаксанты

а. Сукцинилхолин 40-80 мг — заместительный мускариновый агонист, медленно освобождающий рецептор. Вначале вызывает фасцикуляции, а позже — паралич. Период полувыведения увеличивают некоторыми антибиотиками, хинидин, литий и фенелзин. Для предотвращения распространения действия миорелаксанта и для наблюдения за судорогой конечности на неё может быть наложен жгут (особенно если нет возможности осуществлять ЭЭГ-мониторинг).

б. Кураре — мускариновый антагонист, может добавляться, если больной жалуется на мышечную боль; устранит фасцикуляции, вызванные сукцинилхолином.

4. Виды электрических стимулов

а. Синусоидная волна вызывает более значительную стимуляцию и, возможно, больше неврологических и когнитивных побочных эффектов.

б. Краткий удар требует большей продолжительности стимуляции (табл. 24-19).

5. Наложение электродов (табл. 24-19).

а. Билатеральное — на 2-3 см выше средней точки между латеральным краем глаза и верхним (выступающим) краем уха.

б. Недоминантное монолатеральное — такое же, как при билатеральном на недоминантной стороне. Вторым электродом накладывается немного латеральнее макушки из расчета 8-10 см между электродами.

Примечание. Область наложения электродов должна быть выбрита и очищена от жира, а для лучшего прилегания необходимо использовать специальные материалы. До включения стимула следует проверить сопротивление электродов, которое должно быть предельно низким. Высокое сопротивление потребует больших импульсов, которые могут вызвать ожоги кожи.

6. Включение аппарата

а. Проверьте температуру, сердечный ритм, артериальное давление, пульс.

б. Наложите электроды и убедитесь в выполнении требований заземления.

в. Очистите ротовую полость больного, снимите его слуховой аппарат.

г. Дайте анестезию (до миорелаксантов).

д. Миорелаксанты»

- е. Контролируйте дыхание.
- ж. Включите аппарат.
- з. Включите электрический ток.
- и. Вызовите судороги продолжительностью 35-80 с (если ЭЭГ-мониторинг и тестирование жгутом недоступны, используйте в качестве контроля оценку вызванной судорогами тахикардии).

Таблица 24-19. Сравнение преимуществ би- и монолатерального наложения электродов

	Билатеральное	Монолатеральное
Клинический результат	Возможно, равноценный	
Необходимое количество сеансов	Минимальное	Максимальное
Амнезия	Большая	Меньшая
Сохраняющиеся когнитивные расстройства	Большая вероятность	Меньшая вероятность

434 Глава 24

Если 3 попытки включения не вызвали адекватных судорог, прекратите процедуру и попробуйте повторить её в следующий назначенный день (обычно 3 раза в неделю), для того чтобы избежать побочных эффектов длительной анестезии и действия миорелаксантов.

7. Относительные противопоказания

- а. Лихорадка.
- б. Значительные аритмии.
- в. Выраженная гипертензия.
- г. Коронарная ишемия.

8. Мониторинг

- а. ЭКГ — следует предвидеть синусовую тахикардию, увеличение амплитуды зубца Т волны во время судороги (также повышение артериального давления).
- б. ЭЭГ — эффекты анестезии (увеличение амплитуды медленных и быстрых волн), эпилептический нарастающий ритм, тоническая фаза (множественные всплески высокой частоты), клоническая фаза (повторяющиеся множественные всплески и волны), терминальный период.

VIII. ПСИХОХИРУРГИЯ

Для лечения тяжёлых некурабельных психических расстройств применяют нейрохирургическое вмешательство — пресечение фронтоталамических путей (лейкотомия). Описана возможность психохирургического вмешательства при тяжёлой форме шизофрении и при резистентных к терапии обсессивно-компульсивных расстройствах. В Соединённых Штатах в настоящее время применяется редко.

25

Расстройства движений,
обусловленные воздействием
лекарственных средств

I. ВВЕДЕНИЕ

С терапевтических позиций одни эффекты психотропных средств рассматриваются как положительные (благоприятные), а другие — как нежелательные, или побочные. Длительная фармакотерапия психотропными средствами может привести к различным осложнениям. Побочные эффекты психотропных средств и осложнения психофармакотерапии следующие: паркинсонизм, острая дистония, острая акатизия, поздняя дискинезия (вызванная нейролептиками), злокачественный нейролептический синдром, постуральный тремор и др.

II. ПАРКИНСОНИЗМ, ВЫЗВАННЫЙ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ

А. Диагноз и симптомы. Симптомы включают мышечную ригидность,

ригидность по типу «зубчатого колеса», шаркающую походку, сутулость и слюнотечение. Характерный для идиопатического паркинсонизма тремор в виде «катания пилюль» встречается редко, чаще наблюдаются регулярные крупноразмашистые движения, имеющие сходство с эссенциальным тремором. Другой паркинсонический побочный эффект нейролептиков — локальный периоральный тремор, иногда называемый синдромом кролика, способный проявиться на позднем этапе лечения.

Б. Эпидемиология. Побочные эффекты в виде паркинсонизма возникают приблизительно у 15% пациентов, получающих нейролептики, и обычно проявляются в течение 5-90 дней после его начала. У женщин расстройство встречается приблизительно в 2 раза чаще, чем у мужчин. Данное нарушение более характерно для пациентов старше 40 лет, что, однако, не исключает возможность его возникновения в любом возрасте.

В. Этиология. Блокада дофаминергической передачи в чёрном веществе и полосатом теле экстрапирамидной системы. Симптомы могут наблюдаться при приёме любых нейролептиков, особенно сильнодействующих с низкой антихолинергической активностью, например трифлуоперазина. Возникновение расстройства при использовании хлорпромазина и тиоридазина нетипично.

Г. Дифференциальный диагноз. Включает идиопатический паркинсонизм, другие органические причины паркинсонизма и депрессию, при которой также могут быть симптомы паркинсонизма.

Д. Лечение. Можно назначить антихолинергические препараты и амантадин или ди-фенгидрамин (табл. 25-1). Антихолинергические препараты следует отменить через 4-6 нед, чтобы оценить появление толерантности; в продолжительном лечении нуждается около половины пациентов. У пожилых людей симптомы могут сохраняться до 2 нед, а иногда до 3 мес после отмены нейролептиков. В таких случаях допустимо продолжение использования антихолинергического препарата после отмены нейролептика до полного исчезновения симптомов паркинсонизма.

435

436 Глава 25 ИД

Таблица 25-1. Лекарственная терапия экстрапирамидных расстройств

Расстройства движений, обусловленные воздействием лекарственных средств
437 III. ОСТРАЯ ДИСТОНИЯ. ВЫЗВАННАЯ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ

А. Диагноз и симптомы. Непроизвольные дистонические движения как результат медленного, устойчивого сокращения мышц или спазма. Дистония может охватывать шею (спастическая кривошея), челюсть (затруднённое открывание рта или тризм), язык (высовывание или дрожание) и всё тело (опистотонус). В результате вовлечения мышц, иннервирующих глазные яблоки, происходит их смещение в верхнелатеральном направлении — так называемый кризис взора. Кроме того, возможны блефароспазм и языкоглоточная дистония с последующим возникновением дизартрии, дисфагии, а также задержки дыхания, которая в свою очередь может привести к цианозу. У детей наиболее часто отмечаются опистотонус, сколиоз, лордоз и судорожные движения. Дистония может быть мучительной и пугающей. Нередко она возникает в результате несоблюдения пациентом режима приёма лекарственного средства.

Б. Эпидемиология. Дистония как побочный эффект отмечается приблизительно у 15% пациентов, принимающих нейролептики, и обычно возникает в первые несколько часов или дней после начала использования этих препаратов. Дистония наиболее характерна для пациентов моложе 40 лет, что, однако, не исключает вероятность её возникновения в любом возрасте.

В. Этиология. Дистонию могут вызывать любые антипсихотические средства, но наиболее часто она возникает в результате внутримышечного введения сильнодействующих нейролептиков. Дистонию редко вызывает тиоридазин и крайне редко — рисперидон. Считается, что расстройство обусловлено дофаминергической гиперактивностью в базальных ганглиях в перерывах между приёмом нейролептика, когда его уровень в центральной нервной системе понижается.

Г. Дифференциальный диагноз. Включает судорожные припадки и позднюю дискинезию.

Д. Течение и прогноз. Дистония может спонтанно ослабевать, когда больного успокаивают, в результате чего клиницисты нередко делают ошибочный вывод об истерической этиологии расстройства и о его полной подконтрольности сознанию.

Е. Лечение. Профилактическое введение антихолинергических или родственных им препаратов (табл. 25-1) обычно предупреждает развитие дистонии, хотя риск, связанный с такой профилактикой, в некоторых случаях может быть неоправданным. Внутримышечное или внутривенное введение антихолинергических препаратов или внутримышечное введение дифенгидрамина (50 мг) почти всегда облегчает симптомы дистонии. Сообщается также об эффективности диазепама (10 мг внутривенно), барбитала, кофеин-бензо-ата натрия, а также гипноза. Несмотря на то что к побочным эффектам, как правило, развивается толерантность, имеет смысл назначить другой нейролептик, если пациент обеспокоен возможностью возвращения патологической реакции.

IV. ОСТРАЯ АКАТИЗИЯ, ВЫЗВАННАЯ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ

А. Диагноз и симптомы. Акатизия — субъективное ощущение мышечного дискомфорта, которое может стать причиной ажитации, непрерывной ходьбы, неусидчивости, и общего дискомфорта. Эти нарушения являются прежде всего моторными, и больной не может их контролировать. Появление акатизии возможно на любом этапе лечения нейролептиками. При диагностике этого расстройства дозу антипсихотического препарата следует снизить до минимально эффективной.

Б. Лечение. Для лечения акатизии можно попробовать антихолинергические средства или амантадин, хотя они не всегда помогают. Более эффективными могут быть пропранолол (по 30-120 мг в день), бензодиазепины и клонидин. В некоторых случаях лечение не даёт положительных результатов.

V. ПОЗДНЯЯ ДИСКИНЕЗИЯ, ВЫЗВАННАЯ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ

А. Диагноз и симптомы. Поздняя дискинезия развивается в результате побочного эффекта нейролептиков, наступающего с задержкой, обычно не ранее чем через 6 мес после начала лечения. Симптомами расстройства являются непроизвольные нерегулярные хо-реоатетодные движения головы, конечностей и туловища. Выраженность симптомов колеблется от минимальной (движения часто незаметны для пациентов или членов семьи) до весьма значительной. Наиболее часто отмечаются периоральные движения, включающие высовывание языка и его быстрые движения, жевательные и латеральные движения челюсти, сжимание губ, гримасничанье. Часто наблюдаются движения пальцев и стискивание рук. В тяжёлых случаях бывают спастическая кривошея, изгибание туловища и толкательные движения тазом. Отмечаются случаи дыхательной дискинезии. Расстройства усиливаются под воздействием стресса и исчезают во время сна.

Б. Эпидемиология. Приблизительно у 10-20% пациентов, которые принимают нейролептики более 1 года, развивается поздняя дискинезия. Она отмечается у 15-20% госпитализированных, получающих длительное лечение. У женщин расстройство встречается чаще, чем у мужчин; выше риск его возникновения также у пациентов старше 50 лет, при повреждениях головного мозга, у детей и у больных с расстройствами настроения.

В. Течение и прогноз. В 5-40% всех случаев и в 50-90% всех лёгких случаев расстройства со временем наступает ремиссия. Однако по сравнению с пациентами молодого возраста вероятность ремиссии у пожилых пациентов невелика.

Г. Лечение. Лучший способ профилактики поздней дискинезии — назначение нейролептиков только при чётких показаниях с использованием наименьшей эффективной дозы. Новые антипсихотические препараты (например, рисперидон) в отличие от традиционных редко вызывают дискинезию. Больных, получающих лечение нейролептиками, следует регулярно обследовать с целью обнаружения двигательных расстройств, предпочтительно с использованием стандартизированных оценочных шкал (табл. 25-2). В случае обнаружения поздней дискинезии следует рассмотреть вопрос о снижении дозы нейролептика либо о полном прекращении его приёма. Возможно назначение кло-запина либо одного из новых антагонистов дофаминовых рецепторов, таких, как рисперидон. У пациентов, состояние которых не позволяет продолжать приём антипсихотических средств, эффективное ослабление как двигательных, так и психотических симптомов возможно с помощью лития, карбамазепина или бензодиазепинов.

Расстройства движений, обусловленные воздействием лекарственных средств

439
Таблица 25-2. Тестирование по шкале непроизвольных патологических движений

Формальные данные о пациенте

Дата

Анализ проведён

До или после процедуры тестирования ненавязчиво наблюдайте за пациентом, когда тот будет находиться в спокойном состоянии (например, в комнате ожидания)

Во время тестирования пациент должен сидеть на жёстком стуле без подлокотников

После наблюдения за пациентом оценивается его состояние в баллах: 0 — отсутствие симптомов, 1 —

симптомы минимально выражены, 2 — симптомы незначительно выражены, 3 — симптомы умеренно

выражены, 4 — симптомы значительно выражены

Спросите пациента, есть ли у него что-нибудь во рту {например, жевательная резинка, леденец), и если есть,

попросите вынуть это

Спросите пациента о состоянии его зубов на данный момент: носит ли он зубные протезы, беспокоит ли

в настоящее время состояние его зубов или протезы

Спросите, замечает ли пациент какие-либо движения рта, лица, рук или ног, и если да, попросите описать их;

насколько они беспокоят или мешают его действиям в настоящее время

0 12 3 4 Попросите пациента сесть на стул, положив руки на колени, слегка раздвинув ноги, и

стать всей ступней на пол (посмотрите, какие движения тела возникают в этом положении)

0 12 3 4 Попросите больного сесть, свободно свесив руки. Если это мужчина, попросите дер-

жать руки между ног, если это женщина в платье — на коленях (обратите внимание на руки и другие части тела)

0 12 3 4 Попросите больного открыть рот (осмотрите язык в покое, внутри рта, сделайте это

дважды

0 12 3 4 Попросите больного высунуть язык (посмотрите, имеется ли патология при движении

языка)

0 12 3 4 Попросите пациента как можно быстрее постучать большим пальцем одной руки о

большой палец другой в течение 10-15 с; тест выполняется сначала правой рукой, потом левой (наблюдайте за движениями лица и ног)

0 12 3 4 Согните и разогните левую и правую руку больного по очереди

0 12 3 4 Попросите больного встать, наблюдайте за пациентом в профиль, вновь обратите

внимание на все части тела, включая бёдра

0 12 3 4 * Попросите больного вытянуть обе руки перед собой ладонями вниз (наблюдайте за

туловищем, ногами и ртом)

0 12 3 4 * Попросите больного сделать несколько шагов, повернуться и возвратиться к стулу

(наблюдайте за руками и походкой, сделайте это дважды)

* Активные движения.

440 Глава 25 VIA

VI. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

А. Диагноз и симптомы. Злокачественный нейролептический синдром представляет собой угрожающее жизни осложнение, которое может возникать на любом этапе лечения антипсихотическими средствами. Его проявления включают мышечную ригидность и дистонию, акинезию, мутизм, оглушение и ажитацию. Вегетативные симптомы включают повышение температуры тела (до 41,6 °C), потливость, а также тахикардию и повышение артериального давления. При лабораторных исследованиях обнаруживают увеличение числа лейкоцитов, повышение уровня креатинфосфокиназы крови, печёночных ферментов, миоглобина плазмы и миоглобинурию, что также может быть связано с почечной недостаточностью.

Злокачественный нейролептический синдром встречается достаточно редко. Чаще в клинической практике наблюдаются следующие осложнения:

Тяжёлые осложнения, протекающие преимущественно с психическими расстройствами, в том числе:

а) углубление имеющихся психопатологических расстройств;

б) развитие психоорганического синдрома;

в) развитие психоорганического синдрома с ведущими делириозными расстройствами. Тяжёлые осложнения, протекающие преимущественно с неврологическими расстройствами. Тяжёлые осложнения, протекающие преимущественно в виде соматических расстройств. Тяжёлые осложнения, протекающие в виде токсико-аллергической реакции.

Все эти осложнения могут протекать с дыхательной, сердечно-сосудистой, печёночной и почечной недостаточностью, диссеминированным внутрисосудистым свёртыванием крови.

Б. Эпидемиология. У мужчин расстройство встречается чаще, чем у женщин; нейролептический синдром более характерен для пациентов молодого возраста. Смертность составляет 20-30% и может быть выше, если использовались нейролептики пролонгированного действия.

В. Патофизиологические нарушения. Не известны.

Г. Течение и прогноз. Симптомы обычно проявляются в течение 24-72 ч и без надлежащего лечения могут сохраняться на протяжении 10-14 дней. На раннем этапе расстройства синдром отмены или ажитацию нередко ошибочно принимают за обострение психоза, вследствие чего ставится неправильный диагноз.

Д. Лечение. В первую очередь немедленная отмена нейролептиков; охлаждение больного; контроль за показателями жизненно важных функций, включая водно-электролитный баланс, почечный клиренс; симптоматическое лечение лихорадки. До некоторой степени мышечную ригидность могут ослабить противопаркинсонические препараты. Для лечения расстройства также используют дантролен — релаксант скелетных мышц (по 0,8-2,5 мг/кг каждые 6 ч при общей дозе 10 мг/сут). Если пациент в состоянии принимать лекарства внутрь, дантролен можно давать по 100-200 мг в день. Дополнительно назначают бро-мокриптин (по 20-30 мг в день 4 отдельными дозами) или амантадин. Лечение обычно продолжается 5-10 дней. При возобновлении терапии антипсихотическими средствами необходимо решить вопрос о переходе на препарат более слабого действия или на клозапин, хотя, по некоторым данным, действие последнего также может вызвать злокачественный нейролептический синдром.

Расстройства движений, обусловленные воздействием лекарственных средств

441

Терапия тяжёлых осложнений включает: коррекцию объёма циркулирующей крови для восстановления кровоснабжения органов и тканей; коррекцию дыхательных и метаболических нарушений; коррекцию микроциркуляторных нарушений; коррекцию нарушений гемокоагуляций; терапию сердечно-сосудистой недостаточности; восстановление функции почек.

Одно из ведущих мест в терапии осложнений занимают ноотропы — ноотропил (пирацетам), энцефабол (пиридитол, энербол, церебол). В комплексную терапию тяжёлых осложнений включают электросудорожную терапию и гипербарическую оксигенацию (ГБО). ГБО нормализует показатели кислотно-щелочного состояния, улучшает реологические свойства крови, уменьшает проявления психоорганического синдрома, развивающегося как осложнение психофармакотерапии, и, как правило, проводится после выхода больного из критического состояния. При осложнениях психофармакотерапии используют также экстракорпоральную гемосорбцию и плазмаферез, которые уменьшают риск летального исхода.

VII. ПОСТУРАЛЬНЫЙ ТРЕМОР, СВЯЗАННЫЙ С ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

А. Диагноз и симптомы. Тремор представляет собой ритмические сокращения

мышц туловища, которые обычно происходят чаще 1 раза в секунду.

Б. Эпидемиология. Как правило, тремор ослабевает в периоды релаксации и сна и усиливается под воздействием стресса или в состоянии тревоги.

В. Этиология. В отличие от вышеприведенных расстройств, которые связаны исключительно с воздействием нейролептиков, побочный эффект в виде тремора может возникать при приёме других психотропных препаратов, особенно лития (эскалит), антидепрессантов и вальпроата (депакин).

Г. Лечение

1. Следует назначать минимальную дозу психотропного препарата.

2. Пациенты должны потреблять как можно меньше кофеина.

3. Чтобы по возможности ослабить тремор в дневное время, психотропные препараты следует принимать на ночь.

4. Для лечения тремора, вызванного психотропными средствами, можно использовать антагонисты β -адренергических рецепторов, например пропранолол.

VIII. ГИПЕРТЕРМИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Гипертермией могут сопровождаться любые двигательные расстройства, вызванные психотропными препаратами. Различные патологические процессы, при которых возникает гипертермия, приведены в табл. 25-3.

Таблица 25-3. Основные гипертермические синдромы, вызванные лекарственными препаратами*

* Показатели, выделенные жирным шрифтом, можно использовать при дифференциации синдромов. НПС — нестероидные противовоспалительные средства; НМВ —

нервно-мышечное возбуждение; КФК — креатинфосфокиназа.

** В большинстве случаев требуется промывание желудка и меры поддерживающего характера, включая охлаждение. *** В 1 случае обнаружена связь этого препарата с идиосинкразическим поражением печени, а также с тяжёлой гипотензией.

26

Юридические аспекты психиатрии

В данной главе рассмотрены основные вопросы, касающиеся юридических аспектов оказания психиатрической помощи и правового положения лиц с психическими расстройствами. В этой сфере в США и России имеется немало сходных юридических процедур, правовых принципов, норм и институтов. Например, принцип информированного согласия пациента на психиатрическое лечение; принцип конфиденциальности взаимоотношений психиатра и психически больного; нормы, относящиеся к недееспособности и невменяемости; институт опеки и другие.

Однако системы законодательства США и России, равно как и лежащие в их основе правовые доктрины, во многом различны. К сожалению, размеры главы не позволяют дать подробный анализ их особенностей по каждой из обеих стран. Поэтому приводимые сопоставления вынужденно ограничиваются кратким комментарием соответствующих фрагментов, относящихся к отдельным крупным проблемам или отраслям права. При ознакомлении с текстом главы следует иметь в виду, что в настоящее время в Российской Федерации осуществляется масштабная судебно-правовая реформа. Приоритетным её направлением провозглашён принцип защиты прав человека в соответствии с общепринятыми международными стандартами. В рамках проводимой реформы уже принят ряд важных законодательных документов. Это, в частности, действующий с 1993 г. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» (первый такого рода в

отечественной законодательной практике), новые российские кодексы — Уголовный, Гражданский, Семейный, Уголовно-исполнительный, ряд других законодательных актов. Принятие некоторых федеральных законов ожидается в ближайшее время.

Желающие более подробно ознакомиться с нововведениями последних лет в рассматриваемой области могут обратиться к литературе на эту тему*.

I. ВВЕДЕНИЕ

Наряду с лечением психически больных профессиональная деятельность психиатра предусматривает также проведение психиатрической экспертизы. Лечение больного предполагает установление с ним отношений доверия, что требует от психиатра ответственности и выполнения определённых обязанностей, в том числе сохранение медицинской тайны и получение информированного согласия больного на лечение. Психиатрическая экспертиза проводится в отношении принудительно госпитализированных пациентов, лиц, нуждающихся в признании их недееспособности, а также совершивших уголовно наказуемые деяния.

* См.: Комментарий к Законодательству Российской Федерации в области психиатрии. Под ред. Т.Б. Дмитриевой. — М.: Спарк, 1997. — 363 с; Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. — М.: БЕК 1995. — 260 с; Судебная психиатрия. Учебник для вузов. Под ред. Б.В. Шостаковича. — М.: Зерцало, 1997. — 384 с, а также опубликованные за последние два года учебники по соответствующим отраслям права и комментарии к новым кодексам РФ.

443

444 Глава 26 НА

Законодательные и иные нормативные акты могут быстро меняться с принятием нового законодательства или появлением новых прецедентов. При возникновении сомнений относительно законности тех или иных действий врач должен в обязательном порядке обращаться за консультацией к юристу. Порядок оказания психиатрической помощи в РФ установлен вступившим в силу с 1993 г. Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». Кроме того, деятельность психиатра регламентируется нормами общего законодательства о здравоохранении. Важнейшим медицинским законом являются Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 1993 г.

II. ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

А. Информированное согласие. Право пациента на информированное согласие обязывает врача предоставлять пациенту информацию о предполагаемом лечении, его возможных альтернативах, связанном с ним риске и ожидаемых результатах; необходимо, чтобы пациент осмыслил эту информацию и дал добровольное и осознанное согласие на лечение. Психиатр должен документально оформить это согласие (желательно с распиской пациента). Согласия пациента не требуется в следующих ситуациях:

1. В экстренных случаях, когда пациент представляет опасность для себя или окружающих.
2. В связи с лечебной привилегией. У врача есть право не сообщать пациенту информацию, которая может нанести вред здоровью пациента либо помешать процессу лечения

Как в США, так и в России информированное согласие является одним из основополагающих принципов психиатрического лечения. До получения согласия пациент должен быть информирован в доступной для него форме и с учётом его психического состояния о характере имеющегося у него психического расстройства, целях, методах (включая альтернативные) и продолжительности рекомендуемого лечения, болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. По Российскому законодательству согласия на лечение не требуется в двух

случаях: 1) при принудительной психиатрической госпитализации, проводимой в порядке оказания психиатрической помощи; 2) при применении принудительных мер медицинского характера к психически больным, совершившим уголовно наказуемое деяние.

Б. Конфиденциальность информации. Взаимоотношения с пациентом в процессе лечения накладывают на врача как юридическую, так и этическую обязанность соблюдать медицинскую тайну. Эта обязанность требует от врача сохранения в секрете всей информации, полученной им от пациента. Нарушение конфиденциальности может повлечь за собой предъявление судебного иска за клевету, вмешательство в личную жизнь или за разрыв контрактных отношений.

Права пациента на конфиденциальность ограничены обязанностью врача сообщать: 1) об инфекционных заболеваниях; 2) об огнестрельных и ножевых ранениях; 3) о случаях насилия в отношении детей.

Юридические аспекты психиатрии 445

В российском праве конфиденциальность медицинской информации обозначается термином «врачебная тайна», которую составляет не только информация о заболевании и самом факте обращения за медицинской помощью, но и иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента. Разглашение врачебной тайны не допускается без согласия самого пациента или его законного представителя. Их согласия не требуется при предоставлении другим лицам сведений, составляющих врачебную тайну, лишь в случаях, прямо предусмотренных законом, например по запросу органов расследования и суда, при наличии оснований полагать, что вред здоровью гражданина был причинен противоправными действиями и т.д.

1. Обязанность предупреждать об опасности. Главным ограничением права пациента на конфиденциальность является обязанность предупреждать об опасности, которая требует от врача сообщать потенциальным жертвам о намерении пациента нанести им вред.

2. Предоставление информации. Пациент должен дать согласие на оглашение информации, содержащейся в его медицинской карте. Сама по себе карта больного является юридической собственностью психиатра или лечебного учреждения, но у пациента есть законное право на пользование ею. Если психиатр не сообщает пациенту какую-то информацию относительно его состояния по праву лечебной привилегии, впоследствии данная информация может быть передана лицу, представляющему интересы пациента, обычно его юристу или адвокату.

3. Привилегия давать показания (свидетельский иммунитет психиатра). Она защищает право пациента на конфиденциальность и принадлежит пациенту. Психиатр не может огласить информацию, полученную от пациента, против воли самого пациента.

К ограничениям привилегии давать показания относятся: 1) судебное разбирательство по вопросу госпитализации, 2) вызов в суд для дачи показаний, 3) судебные слушания по делам опеки над детьми, 4) иски, предъявляемые медицинскому работнику за профессиональную халатность. В. Законы, определяющие порядок госпитализации

1. Полномочие государства ограничить свободу индивида (принудительная госпитализация в юридическом смысле) основано на двух самостоятельных концепциях: 1) полномочие полиции штата защищать общество и правопорядок. Здесь стоит вопрос об опасности, которую человек представляет для окружающих; 2) полномочие *parens patriae* штата, что означает заботу об удовлетворении нужд человека. Здесь стоит вопрос о необходимости лечения.

2. Процедура поступления. Процедура поступления пациента в психиатрическую больницу может быть одной из следующих:

а. Неофициальная госпитализация. Желание поступить на лечение в больни-

цу или выписаться из неё пациент может изъяснить устно. Пациент может покинуть больницу в любое время, даже вопреки совету врача.

б. Добровольная госпитализация. Требуется письменное обращение пациента с просьбой о помещении его в больницу и согласие на удержание его там в случае необходимости (что создаёт юридическую основу для изменения добровольной госпитализации на недобровольную).

в. Недобровольная госпитализация. Если пациент представляет опасность для себя (суицидальные намерения) или для окружающих (угроза гибели людей), он

446 Глава 26 ПВ

может быть помещён в больницу при соответствующем обращении со стороны его родственника или друга и подтверждении необходимости госпитализации двумя врачами.

В США понятия «недобровольная» и «принудительная» госпитализация могут использоваться как тождественные. В нашей стране понятия «недобровольная психиатрическая госпитализация» и «принудительные меры медицинского характера» (синоним: «принудительное лечение психически больных») строго разграничены. По закону РФ о психиатрической помощи недобровольная госпитализация осуществляется при условии, что психическое расстройство является тяжёлым и обуславливает хотя бы одно из трех обстоятельств: 1) непосредственную опасность больного для себя или окружающих; 2) его беспомощность (неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности); 3) угрозу существенного вреда его здоровью вследствие ухудшения психического состояния (если больным будет оставлен без психиатрической помощи). Стационарирование в недобровольном порядке производится психиатрическими учреждениями. Затем не позднее 3 сут с момента стационарирования заявление психиатрического учреждения о необходимости принудительной госпитализации и подтверждающее эту необходимость заключение комиссии психиатров должны быть направлены в суд. Суд вправе как удовлетворить заявление, так и отклонить его. Вопрос о недобровольной госпитализации рассматривается судьей с участием прокурора, представителя психиатрического учреждения, самого пациента, его представителя.

Принудительные меры медицинского характера (принудительное лечение) применяются судом в порядке уголовного судопроизводства к психически больным, совершившим уголовно наказуемые деяния. В эту группу входят лица с психическим расстройством в момент совершения деяния (невменяемые и ограниченно вменяемые) и лица, заболевшие тяжёлым психическим расстройством уже после совершения преступления (до вынесения приговора или во время отбывания наказания).

г. Неотложный случай. Временная недобровольная госпитализация пациентов старческого возраста, а также пациентов в состоянии нарушенного сознания или не способных принимать самостоятельные решения. При госпитализации в неотложных случаях пациент не может удерживаться в больнице против его воли больше 15 дней.

3. Основания для принудительной госпитализации. Несмотря на то что в разных штатах специфические основания для принудительной госпитализации для той или иной категории пациентов могут быть различными, во всех случаях она осуществляется только при наличии у пациента психического расстройства, связанного с опасностью для себя или окружающих, потребности в уходе или лечении либо утрате способности удовлетворять основные жизненные потребности.

4. Процессуальные гарантии. Специфические процессуальные гарантии, необходимые для того, чтобы госпитализация полностью соответствовала закону, в разных штатах различны и включают: 1) обращение с просьбой о госпитализации, 2) обследование пациента, 3) присутствие адвоката,

представляющего интересы пациента, 4) постановление суда о принудительной госпитализации, 5) ограниченное время пребывания пациента в клинике до решения судом вопроса о его принудительной госпитализации, 6) уведомление пациента о его правах.

Юридические аспекты психиатрии 447

5. Право на лечение. Право недобровольно госпитализированных пациентов на активное лечение было сформулировано нижестоящими федеральными судами, а в некоторых штатах оно предусмотрено законом.

Судебное разбирательство, которое сыграло решающую роль в этом вопросе, Wyatt V. Stickney (1972-1976), послужило поводом для ряда изменений как в деятельности лечебных учреждений, так и в подходах к лечению, включая изменения условий содержания пациентов, профессиональной подготовки персонала и качества предоставляемой помощи.

Согласно постановлению Верховного суда Соединённых Штатов по делу 1975 г. Donaldson V. O'Connor, госпитализированный в недобровольном порядке пациент, который не представляет опасности и может удовлетворять свои основные жизненные потребности самостоятельно или при помощи окружающих, должен быть выписан из больницы.

6. Право на отказ от лечения. Одним из наиболее спорных юридических вопросов в современной психиатрии является право пациента на отказ от лечения. Проблема возникает тогда, когда ставится под сомнение способность пациента принимать необходимые решения.

В России право пациента на отказ от лечения зависит исключительно от добровольного (или недобровольного) характера психиатрического наблюдения, в рамках которого проводится лечение.

а. Статус пациента. Только госпитализированные в недобровольном порядке пациенты могут быть подвергнуты лечению против их воли.

б. Субъект принятия решения. В прошлом лечащий врач обладал исключительным правом назначать лечение, например медикаментозное, не считаясь с возражениями пациента. Позднее были введены требования получать заключения одного или двух психиатров, работающих в том же лечебном учреждении (так называемое административное разбирательство). Эти требования до сих пор соблюдаются во многих штатах.

7. Недобровольная госпитализация амбулаторного больного. Данная процедура, принятая в ряде штатов, представляет собой неотложную госпитализацию амбулаторного больного, который не соблюдает предписанный режим лечения. По сути такая возможность стала дополнительным основанием для госпитализации и лечения по месту проживания.

Г. Профессиональная халатность

1. Определение. Буквально профессиональная халатность означает недобросовестное выполнение своих служебных обязанностей. В более широком смысле это понятие можно определить как действия медицинского работника при выполнении им своих служебных обязанностей, которые наносят ущерб пациенту и являются следствием недостатка внимания или отсутствия надлежащих профессиональных навыков. Подобные действия могут быть не связаны с намерением причинить пациенту вред.

В законодательстве России нет прямого аналога американскому понятию «профессиональная халатность». За нарушения, допущенные при осуществлении профессиональной деятельности, психиатр подлежит юридической ответственности, определяемой характером правонарушения. Основные её виды — дисциплинарная, гражданско-правовая, уголовная.

448 Глава 26 ПГ

2. Критерии профессиональной халатности. Для установления факта профессиональной халатности необходимо учитывать следующие обстоятельства:

а. Профессиональные обязанности. Согласно стандарту медицинской помощи, медицинский работник обязан иметь достаточную квалификацию для оказания пациенту необходимой помощи и обеспечивать эту помощь на должном уровне. Данная обязанность основывается на профессиональных отношениях, т.е. отношениях, которые возникают между врачом и пациентом. При этом врач не обязан вылечить пациента. Стандарт медицинской помощи обычно принимается на федеральном, а не на местном уровне.

б. Неисполнение профессиональных обязанностей. Неоказание медицинской помощи на должном уровне, т.е. нарушение профессионального долга. Неисполнение профессиональной обязанности может быть обусловлено небрежностью, некомпетентностью, неадекватным лечением или отсутствием требуемого согласия пациента на проведение лечения.

в. Прямые последствия неисполнения профессиональных обязанностей. Прямая или косвенная причинная связь между неисполнением профессионального долга и ущербом для больного. В отдельных случаях, которые определяются как исключительные, невыполнение профессионального долга может не причинить ущерба пациенту.

г. Ущерб. Должно быть доказано наличие специфического ущерба, понесённого пациентом, или травмы в результате неисполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей.

3. Наиболее частые причины судебных процессов по делам о профессиональной халатности в психиатрии

а. Самоубийство. Самоубийство пациента с психическим расстройством может вызвать подозрения в халатности медицинского работника и является наиболее распространённым основанием для предъявления судебных исков, связанных с оказанием психиатрической помощи. Учитывая это обстоятельство, врач должен тщательно фиксировать в истории болезни ход лечения пациента, склонного к самоубийству.

б. Неадекватное проведение биологической терапии. Неадекватное назначение лекарственных средств или электросудорожной терапии является второй основной причиной предъявления судебных исков по поводу халатности в психиатрии. Учитываются такие последствия неправильного лечения, как поздняя дискинезия и переломы.

в. Небрежность при установлении диагноза. Данная причина является относительно редким основанием для предъявления судебных исков. Например, небрежность при установлении диагноза, не позволившая врачу установить опасность, которую представляет пациент.

г. Сексуальная связь с пациентом. Вопрос, который вызывает всё большую озабоченность. Сексуальная связь медицинского работника с пациентом в ряде штатов считается преступлением. В этическом кодексе Американской психиатрической ассоциации (АПА) подобные действия отнесены к категории неэтичного поведения и наряду с халатностью считаются нарушением контракта.

д. Информированное согласие. Случаи, когда психиатр не получил требуемого информированного согласия пациента, часто становятся основанием для предъявления исков по обвинению в халатности.

4. Основные средства предупреждения врачебных правонарушений

Юридические аспекты психиатрии 449

а. Врачи должны предоставлять только те виды помощи, которые соответствуют их квалификации.

б. Процесс принятия решения, причина, по которой пациенту назначается тот или иной вид лечения, и оценка возможных сложностей и ожидаемых результатов лечения должны быть тщательно документированы.

в. Консультации других специалистов помогают избежать нарушений, обеспечивая дополнительную гарантию соблюдения стандартов психиатрической практики путём коллегиального обсуждения имеющихся

проблем.

III. ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ

А. Принудительная госпитализация малолетних. В решении по делу Parham V. J.R. (1979) Верховный суд постановил, что малолетние могут быть госпитализированы в психиатрическую больницу только с согласия их родителей или опекунов. По решению суда родителям отводится «значительная, если не доминирующая роль в принятии решения о госпитализации».

В случае госпитализации подростков необходимо соблюдение различных процессуальных гарантий. Согласно постановлению Верховного суда, госпитализация подростков требует соблюдения конституционных гарантий, включая право пользоваться помощью адвоката. После госпитализации подросткам должны быть обеспечены адекватные условия содержания и лечения. Верховный суд постановил, что неадекватные условия содержания и отсутствие лечения госпитализированных подростков являются нарушением Конституции. Б. Согласие несовершеннолетних. Общие принципы информированного согласия могут быть применимы также и в отношении несовершеннолетних с учётом их способности к пониманию и юридического толкования понятия «несовершеннолетний» в каждом конкретном случае.

Не нуждающимися в родительской опеке несовершеннолетними обычно считают тех, кто состоит в браке или самостоятелен в финансовом отношении. В определённых ситуациях, обычно связанных с контрактным правом, не нуждающийся в опеке несовершеннолетний лечится на тех же основаниях, что и взрослый.

В. Опека. Увеличение числа разводов стало причиной значительного роста случаев оспоренной опеки над несовершеннолетними детьми.

В судебных разбирательствах по поводу оспоренной опеки интересы ребёнка ставятся превыше всего. Задача психиатра в данной ситуации состоит в предоставлении медицинского заключения и подкрепляющей это заключение информации о том, какая из сторон в случае передачи ей официальных прав на опеку наилучшим образом сможет позаботиться об интересах ребёнка.

Психическая неполноценность одного из родителей может привести к передаче прав на опеку другому родителю или государственному учреждению. Если психическая неполноценность является хронической и родитель нетрудоспособен, то может быть применена процедура прекращения родительских прав. Эта же процедура может быть применена тогда, когда имеются веские доказательства насилия над ребёнком со стороны родителя. В постановлении Верховного суда говорится о том, что подростки также имеют конституционные права на справедливое судебное разбирательство и процессуальные гарантии, например право пользоваться услугами адвоката, право на рассмотрение дела в присутствии присяжных, слушание дела по существу судом первой инстанции.

15-4960

450 Глава 26 IV А

В России оказание психиатрической помощи детям и подросткам имеет лишь одно принципиальное юридическое отличие от психиатрического обеспечения взрослых пациентов. В случаях, когда по закону требуется согласие пациента, а он не достиг 15 лет, согласие даёт его законный представитель.

IV. ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ И ГРАЖДАНСКОГО ПРАВА

А. Дееспособность. Психиатров часто просят дать заключение о психологических возможностях или дееспособности того или иного лица в связи с осуществлением этим лицом определённых гражданских прав и обязанностей, например составлением завещания, ведением своих финансовых дел.

Дееспособность рассматривается в контексте определённой ситуации, т.е. как способность выполнять конкретные юридические действия. Следует

подчеркнуть, что неспособность пациента выполнять некоторые функции в одной сфере не означает неспособность выполнять иные функции в любой другой сфере или полную недееспособность.

В России признание недействительными конкретных сделок составляет самостоятельный гражданско-правовой институт, не связанный с категорией «недееспособность». Недееспособность гражданина означает признание его неспособным совершать гражданские сделки, но не конкретные, а сделки вообще. Причём указанная неспособность распространяется на будущее (от момента признания лица недееспособным) и действует в течение не определённого заранее времени. Сделки от имени и в интересах недееспособного совершает его опекун. Недействительность сделок и недееспособность обуславливаются одинаковыми по глубине психическими расстройствами, когда больной не может «понимать значения своих действий или руководить ими».

Б. Контракт. Если лицо, являющееся стороной законно оформленного контракта, признаётся психически больным, когда контракт уже заключён, и обнаруженное психическое расстройство прямо или косвенно влияет на способность этого лица осознавать свои действия («контрактное право и дееспособность»), закон предусматривает аннулирование контракта.

Психиатр должен -провести экспертизу состояния психического здоровья лица (по критериям «контрактной дееспособности») на тот момент, когда контракт предположительно был заключён. Задачей психиатра также является установление причинной связи между психологическим состоянием пациента и его неспособностью сознавать важные аспекты или детали контракта.

В. Завещание. Критерием способности к составлению завещания («завещательная право- и дееспособность») является учёт того, что в момент составления завещания завещатель мог самостоятельно осознавать характер документа, характер и размер своей собственности, а также понимать, кому он завещает своё имущество (например, лишает наследства наследников по закону) и каковы возможные притязания к нему со стороны последних.

Исходя из состояния психического здоровья завещателя, врач должен установить, не подвергался ли пациент в момент составления завещания нежелательному влиянию со стороны.

Г. Заключение брака. Заключённый брак может быть лишён юридической силы, если одна из сторон была признана неспособной вследствие психического заболевания

Юридические аспекты психиатрии 451

осознавать характер и последствия этого юридического акта, что расценивается как отсутствие согласия на вступление в брак.

Д. Опекa над недееспособными больными. Установление опеки является судебной процедурой назначения опекуна при наличии официального судебного решения, подтверждающего недееспособность пациента. Критерием установления опеки принято считать признание того, что психическое расстройство не позволяет пациенту удовлетворять свои жизненные потребности.

V. ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ И УГОЛОВНОГО ПРАВА

А. Способность предстать перед судом. На любом этапе уголовного судопроизводства психиатру могут поручить провести экспертизу дееспособности обвиняемого для привлечения его к суду, подачи заявления против обвинения, вынесения приговора или осуществления казни. Критериями способности обвиняемого, страдающего психическим расстройством, предстать перед судом являются: 1) понимание выдвинутых против него обвинений, 2) оказание содействия в собственной защите. Кроме этих критериев, Верховный суд установил ряд других правовых норм. В решении по делу *Duskey V. U. S.* (1960) говорится, что критериями способности

обвиняемого предстать перед судом является его способность не только элементарно ориентироваться и вспоминать о некоторых событиях, но и способность воспользоваться правом на помощь юриста «с достаточной степенью разумного понимания» и иметь «как разумное, так и фактическое понимание судебного процесса по делу, по которому он обвиняется». В решении по делу Pate V. Robinson (1966) было указано, что право на проведение психиатрической экспертизы является конституционным правом. Наконец, согласно решению суда по делу Jackson V. Indiana (1972), обвиняемый, который хронически недееспособен (в данном случае лицо, страдающее умственной отсталостью, глухотой или немотой), должен быть освобождён от уголовной ответственности.

Б. Уголовная ответственность (защита ссылкой на невменяемость). Вопросы определения дееспособности в связи с возможностью предстать перед судом и возможностью понести уголовную ответственность (защита ссылкой на невменяемость) различаются между собой и должны рассматриваться самостоятельно. В отличие от вопроса о возможности предстать перед судом вопрос о возможности понести уголовную ответственность решается с учётом времени, когда преступление было совершено. По таким делам принимаются различные решения. Заключение о неспособности предстать перед судом, как правило, лишь задерживает начало судебного разбирательства, в то время как удовлетворение требования защиты признать невменяемость подсудимого означает вынесение оправдательного приговора по причине невменяемости. Эти два положения основаны на различных философских принципах: определение способности обвиняемого предстать перед судом рассматривается как необходимое условие справедливости судебного процесса, а решение вопроса об уголовной ответственности связано с тем, заслуживает ли обвиняемый морального порицания. По сравнению с критериями способности предстать перед судом критерии уголовной ответственности включают два следующих аспекта: основание полагать, что в момент совершения правонарушения как следствия душевной болезни обвиняемый: 1) не отдавал себе отчёта в своих действиях или не понимал, что эти действия противозаконны (интеллектуальный критерий), 2) был не в состоянии подчинить своё поведение требованиям закона (волевой критерий).

452 Глава 26 ВВ

Получивший наибольшую известность свод критериев защиты ссылкой на невменяемость был принят палатой лордов после вынесения оправдательного приговора по делу Мак-Натена (Англия, 1843 г.). Согласно Правилам Мак-Натена, освобождение от уголовной ответственности возможно, если «на момент совершения преступления обвиняемый имеет психическое расстройство, при котором обнаруживается такое отсутствие понимания, что обвиняемый не осознаёт природу или качество совершаемого им действия, а если и осознаёт, то не понимает, что поступает противозаконно». Таким образом, Правила Мак-Натена ограничиваются лишь когнитивным критерием. В Модельный уголовный кодекс Американского института права (АИП) включены как интеллектуальный, так и волевой критерии. Невменяемость определяется следующей формулировкой: «Лицо не несёт ответственности за уголовный поступок, если в момент совершения этого поступка оно было лишено способности осознать преступность ("неправомерность") своих действий (когнитивное нарушение) или подчинить своё поведение требованиям закона (нарушение способности контролировать свои поступки)». Для того чтобы избежать применения этого критерия в отношении лиц с антисоциальным расстройством личности, в законе существует пояснение: «Термин "психическое заболевание или нарушение", используемый в этой статье, не означает патологического отклонения, которое проявляется только лишь периодическими преступными или иными антисоциальными действиями».

Правило АИП было применено в деле J. Hinckley (1983). Оправдание Hinckley ввиду его невменяемости вызвало волну возмущения. Было ясно, что, несмотря на то что присяжные посчитали попытку Hinckley убить президента Рейгана осознанной, они приняли во внимание неспособность Hinckley контролировать свои действия, и оправдательный приговор ему был вынесен по определению нарушения способности контролировать свои поступки. Реакцией на активное недовольство политических кругов США решением по делу Hinckley стала рекомендация АПА и Американской ассоциации адвокатов вернуться к Правилам Мак-Натена, т.е. проводить только когнитивный тест. Американская медицинская ассоциация даже выступила с предложением отменить защиту ссылкой на невменяемость.

Российское право рассматривает вменяемость-невменяемость как обстоятельства, имеющие объективно-правовое значение. Их следует выяснять независимо от желания обвиняемого или его защитника. Вместо понятия «способности предстать перед судом» в российском праве употребляется другое понятие — способность самостоятельно участвовать в производстве по делу (причем как в суде, так и на предварительном следствии). Данная способность охватывается понятием «процессуальная дееспособность». Признать гражданина невменяемым, освободить его от уголовной ответственности, а также применить к нему принудительные меры медицинского характера вправе только суд.

VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вывод этой главы можно сформулировать как требование соблюдать все необходимые юридические формальности и проявлять осторожность в любых ситуациях, касающихся правовых аспектов психиатрии. Следует ещё раз подчеркнуть, что в случае возникновения сомнений относительно законности тех или иных действий, касающихся психиатрической практики, следует обращаться за консультацией к юристу.

27

Лабораторные исследования

в психиатрии

I. ВВЕДЕНИЕ

Ни один психиатрический диагноз не может быть основан только на результатах лабораторного обследования. Лабораторные тесты используют для того, чтобы: 1) провести обследование на соматическое заболевание, 2) уточнить диагноз, 3) определить возможность назначения того или иного вида терапии, 4) оценить токсические и терапевтические эффекты лечения.

Скрытые соматические нарушения на начальном этапе могут проявляться как психопатологические синдромы. Например, заболевания щитовидной железы и другие эндокринопатии могут вызывать расстройство настроения или психотическое расстройство, злокачественные опухоли — депрессию, при инфекционных процессах и заболеваниях соединительной ткани возможны острые психические расстройства. Кроме того, пациенты с органическими и неврологическими заболеваниями, например с рассеянным склерозом, болезнями Паркинсона, Гентингтона, Альцгеймера, ВИЧ-инфекцией с проявлениями деменции, нередко в первую очередь обращаются к психиатру. При подозрениях на соматические или неврологические заболевания необходимо тщательно обследовать больного с привлечением специалистов и соответствующим обследованием. При первичном обследовании необходимо выяснить, какие лекарства, как назначенные, так и не назначенные врачом, принимает больной. Многие психические расстройства могут возникать в результате приёма медикаментов. Например, депрессия может быть обусловлена употреблением гипотензивных препаратов, делирий — антихолинэргических средств. Уточнить диагноз во многих случаях позволяет парентеральное введение большого количества жидкости для удаления лекарственных веществ из организма, хотя использование этого метода

возможно не всегда.

Целью биологических исследований в психиатрии являются: 1) изучение патогенеза того или иного психопатологического состояния; 2) оценка диагностического и прогностического значения теста; 3) разработка рекомендаций к применению патогенетически обоснований психофармакотерапии. Большинство приведённых в данной главе биологических параметров имеет для психиатров второстепенное значение, помогая исключить (или подтвердить) соматическое заболевание. Биологическая психиатрия лишь в период становления была ориентирована на изучение механизмов формирования и развития расстройств поведения в рамках нозологии, разработку фармакологических подходов к терапии основных клинических синдромов, поиск биологических маркёров, например, шизофрении, депрессивных и тревожных состояний. Однако новейшие научные изыскания направлены в первую очередь на выяснение взаимосвязи между биологическими и психологическими дисфункциями.

453

454 Глава 27 НА

II. СКРИНИНГОВЫЕ ТЕСТЫ НА СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

А. Амбулаторные больные. Для проведения обычной психотерапии не требуется какого-либо специального обследования; достаточно иметь подробную историю болезни пациента и при необходимости назначить соответствующие исследования. При подозрении на органические нарушения нужна консультация невропатолога.

Б. Стационарные больные. Исключение органических причин психического расстройства. Полный набор исследований при поступлении в клинику позволяет обнаружить большинство как соматических, так и неврологических нарушений. Стандартное обследование при поступлении в клинику

а. Клинический анализ крови с определением лейкоцитарной формулы.

б. Полное биохимическое исследование крови (включая определение уровней электролитов, глюкозы, кальция, магния, тесты функционирования печени и почек).

в. Тесты функционирования щитовидной железы.

г. Экспресс-метод определения сывороточных реактинов (атопических антител) или тесты на наличие венерических заболеваний.

д. Анализ мочи.

е. Скрининговое токсикологическое исследование мочи.

ж. Электрокардиограмма (ЭКГ).

з. Рентгенография грудной клетки (для пациентов старше 35 лет).

и. При необходимости определение содержания в плазме препаратов, которые принимает пациент.

III. ПРЕПАРАТЫ. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

До назначения любого психотропного препарата следует составить подробную историю болезни, обращая внимание на восприимчивость пациента и членов его семьи к специфическим препаратам, аллергические реакции, заболевания печени, почек и глаукому (для препаратов с антихолинэргической активностью).

А. Бензодиазепины. Для решения вопроса об использовании бензодиазепинов нет необходимости в проведении каких-либо специфических тестов, хотя обследование по тестам функционирования печени во многих случаях желательно. Препараты, относящиеся к группе бензодиазепинов, метаболизируются печенью путём окисления или конъюгации. Нарушение функции печени задерживает полувыведение бензодиазепинов, которые метаболизируются путем окисления, но практически не влияют на процесс полувыведения бензидиазепинов, подвергающихся конъюгации (оксазепам, лора-зепам и темазепам). Бензодиазепины могут стимулировать развитие

порфирии. Б. Антипсихотические средства. Проведения специальных анализов не требуется, но желательно иметь результаты тестов функции печени и биохимический анализ крови. Нейролептики метаболизируются главным образом печенью, а большая часть продуктов их метаболизма выводится с мочой. Многие метаболиты активны. Максимальная концентрация препарата в плазме обычно достигается через 2-3 ч после приёма внутрь. Период полувыведения составляет 12-30 ч, но может быть гораздо больше. Для достижения устойчивого эффекта необходимо постоянное использование препарата

Лабораторные исследования в психиатрии 455

по меньшей мере в течение 1 нед (несколько месяцев для депонированных препаратов). За исключением клозапина, все антипсихотические средства вызывают повышение уровня пролактина в сыворотке (обусловленное активностью гипоталамуса). Нормальный уровень пролактина часто указывает на несоблюдение режима лечения или отсутствие абсорбции. К побочным эффектам нейролептиков относятся лейкоцитоз, лейкопения, нарушение функции тромбоцитов, лёгкая анемия (апластическая и гемолитическая) и агранулоцитоз. Побочное действие на костный мозг (самое распространённое — агранулоцитоз, его наиболее часто вызывают слабые нейролептики) и на элементы крови может возникать внезапно, даже если доза препарата оставалась постоянной. Антипсихотические средства могут также вызывать изменения на ЭКГ (реже, чем трициклические антидепрессанты), включая увеличение интервала TQ, уплощение, инверсию или расщепление зубца T, а также появление зубца U. Соотношение дозы и концентрации препарата в плазме имеет значительные расхождения у отдельных больных. Высокая концентрация препарата не связана с более выраженным терапевтическим воздействием и только повышает риск побочных эффектов, среди которых гипотензия, седативный и антихолинергический эффекты, снижение порога судорожной активности, тремор, дистония, ригидность (включая ригидность по типу «зубчатого колеса»), акатизия, акинезия, синдром кролика и поздняя дискинезия.

В. Циклические антидепрессанты. Необходимо предварительное и в дальнейшем как минимум ежегодное снятие ЭКГ для выявления возможных нарушений, которые являются относительным противопоказанием к назначению антидепрессантов. Рекомендуются исследовать функцию печени и сделать клинический анализ крови. Необходимо также изучить функцию щитовидной железы, поскольку её заболевания могут сопровождаться депрессией. Возможно синергическое воздействие антидепрессантов и тироксина. Побочные эффекты включают подавление костного мозга, дисфункцию ЦНС (в частности, антихолинергическую), нарушение функции печени, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), изменения кожи, дисфункцию тромбоцитов и побочное влияние на другие элементы крови, а также снижение порога судорожной активности. Типичным и, возможно, опасным побочным эффектом является ортостатическая гипотензия. Нортриптилин в меньшей степени связывают с возникновением гипотензии, чем имипрамин, дезипрамин и амитриптилин. Застойная сердечная недостаточность существенно увеличивает риск гипотензии. Пациенты с этим заболеванием, у которых гипотензия развивается вследствие приёма трициклических антидепрессантов, должны быть переведены на лечение нортриптилином. Изменения ЭКГ, связанные с токсическим воздействием антидепрессантов, включают увеличение интервалов PR (более

) 0,2 с), QRS (более 0,12 с), TQ (более трети R-R), синусовую тахикардию (часто обусловленную гипотензией) и блокаду сердца всех типов (более вероятна у пациентов с нарушениями сердечной проводимости, возникшими до начала лечения антидепрессантами). Трициклические антидепрессанты, чьё действие сходно с действием хи-нидина, в терапевтических дозах

ослабляют аритмии, включая желудочковую экстрасистолию, бигеминию и желудочковую пароксизмальную тахикардию. Пароксизмальную тахикардию может также вызывать тразодон, не относящийся к трициклическим антидепрессантам. Случаи этого расстройства наиболее часто бывают у пациентов с нарушениями сердечной деятельности, возникшими до начала лечения антидепрессантами. Тразодон также может обусловить приапизм, слабо выраженную лейкопению и нейтропению.

456 Глава 27 III Г

Г. Ингибиторы моноаминоксидазы (МАО). Из-за способности ингибиторов МАО вызывать гипертонический криз при несоблюдении диеты с ограничением тирамина следует зафиксировать исходные значения артериального давления и периодически контролировать их в процессе лечения. Ингибиторы МАО нередко приводят к ортостатической гипотензии (прямое побочное действие, не связанное с нарушением диеты). Рекомендуются исследовать функцию печени. Другие побочные эффекты не отмечаются, хотя у некоторых пациентов возможна инсомния или раздражительность. Препараты, относящиеся к данному классу, могут провоцировать маниакальные эпизоды. Как в исследовательской, так и в современной клинической практике используется тест на определение взаимосвязи между терапевтическим эффектом и степенью подавления активности МАО в тромбоцитах.

Д. Литий

1. Необходимо проведение стандартных тестов функции щитовидной железы, клинического анализа крови с измерением уровня электролитов, азота мочевины крови и креатинина и определением лейкоцитарной формулы.
2. Если уровень азота мочевины крови и креатинина отличается от нормальных показателей, следует продолжать исследование клиренса креатинина в течение 2 ч и затем в течение 24 ч.
3. Следует поддерживать постоянную концентрацию лития в сыворотке, а также постоянный уровень электролитов, особенно если пациент принимает диуретики.
4. Следует контролировать состояние щитовидной железы и почек, так как литий может вызывать почечную недостаточность, гипотиреоз, иногда гипертиреоз.
5. Почечный клиренс сопровождается выведением натрия сыворотки.
6. Значительное снижение уровня натрия может привести к повышению уровня лития до токсического.
7. Имеет низкий терапевтический индекс.
8. Может вызывать лейкоцитоз.
9. Рекомендуются ЭКГ. Литий может вызывать острые обратимые изменения ЭКГ — уплощение или инверсию зубцов Т. Сообщается также об аритмогенных свойствах лития, а также о его способности вызывать различные нарушения сердечной проводимости (существует предположение о том, что литий замещает внутриклеточный калий).
10. Может оказывать антипсихотическое действие.
11. Часто используется в сочетании с нейролептиками для купирования маниакальных эпизодов с психотической симптоматикой.
12. Прямой аниманиакальный эффект может наступать через 10-14 дней.
13. Определение концентрации лития.
 - а. Взятие пробы через 8-12 ч после приёма очередной дозы лития, обычно утром, после приёма вечерней дозы.
 - б. Измерение уровня препарата не менее 2 раз в неделю по мере стабилизации состояния больного.
 - в. Период полувыведения составляет 22 ч; 95% выводится с мочой.
14. Терапевтический диапазон.
 - а. 0,6-1,2 мг-экв/л для поддерживающей терапии.

б. 1,0-1,5 мг-экв/л для купирования маниакальных эпизодов. (В некоторых случаях реакция наступает при более низком уровне препарата, в других — при более высоком. Истинный терапевтический диапазон может быть шире, но реакцию при уровне ниже 0,4 мг-экв/л, вероятно, можно считать реакцией плацебо.)

в. Токсические реакции могут возникать при концентрации лития более 2,0 мг-экв/л.

Лабораторные исследования в психиатрии 457

IV. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

A. Дексаметазоновый тест (ДМТ)

1. Процедура

а. Дексаметазон 1 мг внутрь в 11 ч утра.

б. Измерение уровня кортизола плазмы в 4 и 11 ч вечера следующего дня (также возможно взятие пробы в 8 ч вечера).

в. Уровень кортизола выше 5 мг/дл не соответствует нормальным показателям (принятый за норму диапазон концентрации может быть различным в зависимости от местных стандартов, но в 95% случаев этот диапазон соответствует приведённым здесь параметрам).

г. Рекомендуются определение исходного уровня кортизола плазмы.

2. Показания

а. Подтверждение диагноза большого депрессивного расстройства. Если клиническое обследование показывает, что пациент действительно находится в состоянии депрессии и имеет положительный результат теста, показано биологическое лечение.

б. Контроль в процессе лечения за состоянием пациентов, имеющих положительные результаты теста.

в. Дифференцировка большой депрессии с лёгкой дисфорией.

г. По некоторым данным, больные депрессией с положительными результатами теста лучше реагируют на электросудорожную терапию или лечение трициклическими антидепрессантами.

д. Рекомендуются для определения вероятного исхода лечения, но результаты теста могут указывать на отсутствие нарушений ещё до нормализации состояния больного.

е. Рекомендуются для определения вероятности рецидива у пациентов с устойчивым отсутствием подавленности либо если результаты теста вновь указывают на нарушения.

ж. Возможно использование для дифференцировки бредовой и небредовой депрессии.

з. Крайне высокое содержание кортизола в плазме (свыше 10 мг/дл) клинически более значимо, чем незначительное повышение уровня кортизола.

и. Ложноположительные результаты отмечаются при деменции, нервной анорексии, нервной булимии, после употребления алкоголя или барбитуратов, при лечении противосудорожными препаратами (особенно карбамазепином), после отмены трициклических антидепрессантов и бензодиазепинов, после недавнего похудения, при остром психозе, сахарном диабете, в процессе старения.

к. Чувствительность ДМТ — 90% по сравнению с контрольными пациентами, 27% по сравнению с пациентами, которые имеют другие психические расстройства. Б. Тест стимуляции тиреотропинвысвобождающего гормона. Используется для подтверждения диагноза гипотиреоза.

1. Процедура

а. Тест проводится в 8 ч утра натощак, пациент должен находиться в лежачем положении.

б. Измерение уровней тиреотропного гормона (ТТГ), 3,5,3'-трийодтиронина, тироксина и оценка усвоения 3,5,3'-трийодтиронина.

в. Внутривенное введение 500 мг ТТГ.

г. Измерение уровня ТТГ через 15, 30, 60 и 90 мин.

г

458 Глава 27 IV Б

2. Показания

а. Неопределённые результаты теста стимуляции ТТГ или подозрение на бессимптомный гипотиреоз.

б. Подозрение на гипотиреоз, вызванный литием.

в. Определение необходимости назначения трийодтиронина (ТЗ, цитомел) при лечении трициклическими антидепрессантами.

г. Нередко позволяет обнаружить гипотиреоз на начальном этапе, ранним симптомом которого является депрессия.

д. Заболевания щитовидной железы отмечаются у 98% пациентов с депрессией.

3. Результаты

а. Если уровень ТТГ составляет:

и. Более 35 мкШ/мл; тест положительный. и. От 20 до 35 мкШ/мл; тест указывает на ранний гипотиреоз. Ни. Менее 7 мкШ/мл; тест неопределённый (может коррелировать с диагнозом депрессии).

б. У здоровых людей максимальная концентрация ТТГ должна быть вдвое больше обычной, т.е. 7-20 мкШ/мл.

в. Результаты теста не позволяют чётко дифференцировать заболевания гипоталамуса и гипофиза.

В. Катехоламины

1. У некоторых пациентов с депрессией и суицидальными мыслями, отмечается низкий уровень метаболита серотонина — 5-оксииндолуксусной кислоты (5-ОИУК) в спинномозговой жидкости. Это наблюдается и у здоровых людей при повышенной агрессивности.

2. Уровень катехоламинов плазмы повышается при феохромоцитоме, которая сопровождается тревогой, ажитацией и гипертензией.

3. При хронической тревоге возможно повышение уровня адреналина и норадреналина в крови. Иногда при депрессии отмечается низкое содержание адреналина и норадреналина в моче.

4. У некоторых пациентов с большими депрессивными расстройствами и попытками самоубийства отмечается понижение уровня метаболита норадреналина — 3-ме-токси-4-оксифенилгликоля (МОФГ).

Развитие психических расстройств сопровождается определёнными нарушениями состояния моноаминовых (катехоламиновых и индоламиновых) нейромедиаторных систем организма. Определение содержания катехоламинов (КА) (адреналина, норадреналина и дофамина) в биологических жидкостях человека имеет большое значение для понимания периферических адаптационных механизмов, однако вопрос, в какой мере концентрация КА в крови отражает состояние центральных моноаминовых структур, в настоящее время является дискуссионным. Как следует из клинико-экспериментального анализа применения фармакологических веществ, направленно воздействующих на определённые этапы метаболизма КА в ЦНС и на периферии организма (L-ДОФА, парнат, резерпин, апоморфин, галоперидол, 6-оксидофамин), количество КА в крови выступает достаточно объективным показателем соотношения между процессами синтеза, депонирования и секреции нейромедиаторов в ткани мозга.

Г. Тесты функции почек. Исследование клиренса креатинина позволяет обнаружить заболевания почек на начальном этапе и контролировать последующее развитие болезни.

Лабораторные исследования в психиатрии 459

1. Определение уровня азота мочевины крови и креатинина сыворотки у пациентов, принимающих литий.

2. Если уровень азота мочевины крови отличается от нормальных

показателей, необходимо исследовать клиренс креатинина через 2 ч и затем через 24 ч.

Д. Тесты функции печени

1. Повышение уровня общего и прямого билирубина является следствием гепатоцеллюлярных повреждений и внутрипечёночного застоя желчи, которые возникают после приёма фенотиазинов или трициклических антидепрессантов, а также в результате злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами.

2. Нарушение функции печени может увеличить время полувыведения некоторых препаратов и привести к более длительному удержанию их в организме, чем обычно.

3. При использовании ряда препаратов, например карбамазепина и вальпроата, необходимо периодически исследовать функции печени.

Е. Электроэнцефалография (ЭЭГ)

1. В клинической практике этот метод впервые применил Г. Бергер в 1929 г.

2. Принцип заключается в измерении напряжения между двумя электродами на коже.

3. Дает важную информацию об электрической активности нейронов ЦНС.

4. ЭЭГ каждого человека так же уникальна, как отпечатки пальцев.

5. На протяжении десятилетий исследователи безуспешно пытались установить связь между конкретным психическим расстройством и характерными изменениями ЭЭГ.

6. Меняется с возрастом.

7. Отсутствие изменений на ЭЭГ не исключает судорожного расстройства, соматического или неврологического заболевания.

8. Показания

а. Общее исследование когнитивной способности и соматическое обследование; оценочное обследование при делирии и деменции.

б. Входит в стандартное обследование при первых эпизодах психоза.

в. Может оказать помощь в диагностике некоторых судорожных расстройств, например эпилепсии.

и. Большой эпилептический припадок — начало характеризуется появлением ритмических, синхронных высокоамплитудных пиков с частотой от 8 до 12 Гц. Через 15-30 с пики могут группироваться, прерываясь медленными волнами (что коррелирует с клонической фазой припадка). Наконец, в фазе покоя появляются низкоамплитудные дельта-волны (медленные волны). и. Малый эпилептический припадок — внезапное появление билатерально-синхронных генерализованных пиков и волн с высокой амплитудой и частотой 3 Гц.

г. Эффективна при диагностике новообразований ЦНС — объёмных и сосудистых опухолей, а также при энцефалопатии.

д. Определяет специфические изменения, вызванные лекарствами.

е. ЭЭГ крайне чувствительна к изменениям, связанным с использованием лекарственных средств.

ж. Используется для установления гибели мозга.

9. Волны ЭЭГ

а. Бета-волны 14-30 Гц.

б. Альфа-волны 8-13 Гц.

в. Тета-волны 4-7 Гц.

г. Дельта-волны 0,5-3 Гц.

460 Глава 27 IV Ж

Ж. Полисомнография

1. Запись ЭЭГ во время сна; часто проводится одновременно с ЭКГ, электроокулографией, электромиографией, регистрацией глубины дыхания, телодвижений, эрекции пениса, определением степени насыщения крови кислородом, кожной гальванической реакции, температуры тела и кислотности желудочного содержимого.

2. Показания. Для уточнения диагноза следующих расстройств:

а. Расстройства сна — инсомния, гиперсомния, парасомния, апноэ во сне, ночная миоклония и бруксизм во время сна.

б. Расстройства во сне, возникающие в детском возрасте, — энурез, сомнамбулизм (снохождение) и ночные кошмары.

в. Другие расстройства — импотенция, судороги, мигрень и другие головные боли сосудистого происхождения, злоупотребление психоактивными веществами, же-лудочно-пищеводный рефлюкс, большое депрессивное расстройство.

г. Комментарии.

и. Латентность фазы быстрого сна (REM-фазы) коррелирует со значительным депрессивным расстройством, а её степень зависит от тяжести депрессии. и. Укорочение латентности REM-фазы является более чувствительным диагностическим тестом определения большого депрессивного расстройства, чем ДМТ. III. Совместное использование полисомнографии и ДМТ или теста стимуляции ТТГ может повысить её чувствительность. Согласно предварительным данным, больные депрессией, у которых нет подавления дексаметазона, в большинстве случаев имеют укороченную латентную REM-фазу.

3. Результаты полисомнографии при большом депрессивном расстройстве.

а. В большинстве случаев (80-85% пациентов) отмечается гиперсомния.

б. Сокращение медленного сна (дельта-волны), а также III и IV стадий сна.

в. Сокращение времени между началом сна и появлением первой REM-фазы (латентность REM).

г. У большинства пациентов REM-фаза возникает вскоре после засыпания (у здоровых людей Незадолго до пробуждения).

д. По сравнению со здоровыми людьми у больных депрессией больше REM-фаз в течение всей ночи.

3. Провоцирование приступов паники с использованием лактата натрия

1. Показания

а. Возможный диагноз панического расстройства.

б. Вызванная лактатом паника подтверждает наличие панических приступов у пациента.

в. Положительные результаты теста отмечаются у 72% больных с паническим расстройством.

г. Используется для того, чтобы вызвать стоп-кадр у больных с посттравматическим стрессовым расстройством.

2. Процедура. Вливание 0,5 М рацемического лактата натрия (всего 10 мл/кг) в течение 20 мин или до возникновения паники.

3. Физиологические изменения, вызванные лактатом. Включают гемодилюцию, метаболический алкалоз (лактат матаболизируется в бикарбонат), гипокальциемию (кальций связывается с лактатом) и гипофосфатемию (обусловлена увеличением скорости клубочковой фильтрации).

4. Комментарии

а. Эффект прямой — периферическая реакция на лактат или на его метаболиты.

Лабораторные исследования в психиатрии 461

б. Простая гипервентиляция менее значима как средство провоцирования приступов паники.

в. Вызванная лактатом паника не блокируется периферическими β-блокаторами, но подавляется алпразолом и трициклическими антидепрессантами.

г. Ингаляция двуокиси углерода стимулирует возникновение приступа паники, но механизм действия в данном случае центральный и связан с концентрацией двуокиси углерода в ЦНС, возможно, стимулирующей

голубоватое место (в отличие от бикарбоната двуокись углерода проникает через гематоэнцефалический барьер — ГЭБ).

д. Лактат проникает через ГЭБ благодаря легко насыщаемой системе активного переноса.

е. L-лактат метаболизируется в пируват.

И. Беседа с использованием лекарственных средств. Из-за частого использования амобарбитала (барбитурата с периодом полувыведения 8-42 ч) этот метод более известен под названием «амиталовое интервью».

1. Диагностические показания. Кататония, подозрение на истерические расстройства, необъяснимый мутизм, дифференцировка функционального и органического ступора (состояние пациентов с органическими нарушениями усугубляется под воздействием амобарбитала, а у больных с функциональными расстройствами наступает улучшение в результате ослабления тревоги).

2. Терапевтические показания. Используется при расстройствах, связанных с диссоциативными нарушениями.

а. Реагирование у больных с посттравматическим стрессовым расстройством.

б. Восстановление памяти при истерической амнезии и истерической фуге.

в. Восстановление функции при истерическом расстройстве.

3. Процедура

а. Интервью проводится в обстановке, исключающей возбуждение. Необходимо предусмотреть использование аппаратуры для кардиопульмональной реанимации на случай возникновения гипотензии или угнетения дыхания.

б. Следует объяснить пациенту, что лекарства дадут возможность расслабиться и помогут беседе.

в. Для инъекции используют тонкую иглу с наружной резьбой — игла вводится в периферическую вену.

г. 5% раствор амобарбитала натрия (500 мг на 10 мл стерильной воды) вводят со скоростью, не превышающей 1 мл/мин (50 мг/мин).

д. Начинать интервью следует с нейтральных тем. В большинстве случаев пациенту подсказывают известные факты его жизни.

е. Продолжать вливание следует до появления устойчивого латерального нистагма или дремотного состояния.

ж. Для поддержания уровня наркоза введение продолжают со скоростью 0,5-1,0 мл в течение 5 мин (25-50 мг в течение 5 мин).

з. После окончания интервью пациент должен отдохнуть по меньшей мере 15 мин до того, как он сможет идти без посторонней помощи.

и. Во избежание неточностей при определении дозы следует каждый раз использовать один и тот же метод.

4. Противопоказания

а. Инфекция или воспаление верхних дыхательных путей.

б. Тяжелое нарушение функции печени или почек.

462 Глава 27 IV К

в. Гипотензия.

г. Порфирия в анамнезе.

д. Пристрастие к барбитуратам.

К. Определение в плазме крови уровня трициклических антидепрессантов.

Входит в стандартное обследование при использовании имипрамина, дезипрамина или нортриптилина для лечения пациентов с депрессией. Проводится одновременно с измерением уровня активных метаболитов: имипрамин -> дезипрамин, амитриптилин -> нортриптилин.

Тест технически сложен и позволяет измерять лишь очень низкие концентрации. Примеси активных метаболитов могут помешать объективизации результатов. Приведенная ниже информация была получена при обследовании стационарных больных с диагнозом небредовой эндогенной

депрессии.

1. Любые трициклические антидепрессанты полностью абсорбируются в ЖКТ, в значительной мере связываются с тканью и белками плазмы, легко распределяются в тканях, интенсивно метаболизируются в печени и выявляют прямую связь между уровнем вещества в плазме и его содержанием в головном мозге при стабильности состояния больного.

а. Имипрамин

і. Желаемая реакция прямо коррелирует с содержанием препарата в плазме от 200 до 500 нг/мл.

и. Иногда реакция возможна при более низкой концентрации. * ш. При содержании препарата 25 нг/мл и более состояние пациента не улучшается и возрастает риск побочных эффектов.

б. Нортриптилин

і. Терапевтическое «окно» (терапевтический диапазон) составляет 50-150 нг/мл. и. Показатели реакции понижаются, если уровень составляет менее 150 нг/мл.

в. Дезипрамин

і. При содержании свыше 125 нг/мл более вероятна положительная реакция.

г. Амитриптилин

і. Результаты исследований противоречивы.

2. У некоторых пациентов метаболизм трициклических антидепрессантов нарушен, их концентрация достигает 2000 нг/мл при приёме обычных доз. Необходимо частое обследование таких больных с целью выявления побочного действия на сердце, поскольку желаемая реакция может наступать лишь при очень высоком уровне препарата в плазме. Больные, у которых уровень препарата превышает 1000 нг/мл, как правило, имеют высокий риск токсического воздействия на миокард. У пациентов, которые принимают обычные дозы, но имеют очень высокий уровень препарата в плазме, реакция может наступать лишь при поддержании уровня между обычной терапевтической и предельно допустимой дозой.

3. Процедура — взятие пробы крови через 10-14 ч после приёма очередной дозы, обычно утром. Пациент должен постоянно принимать препарат не менее 5 дней. Образец крови следует хранить в соответствующей ёмкости.

4. Показания

а. Стандартное обследование пациентов, принимающих имипрамин, дезипрамин или нортриптилин.

б. Недостаточная реакция при приёме обычных доз.

в. Необходимость поддержания минимального терапевтического уровня препарата у пациентов с высоким риском.

Лабораторные исследования в психиатрии 463

Л. Определение уровня антипсихотических средств

1. В большинстве случаев концентрация препарата в плазме не коррелирует с выраженностью клинической реакции.

2. Высокий уровень препарата, возможно, коррелирует с токсическими побочными эффектами (особенно при приёме хлорпромазина и галоперидола).

3. Минимальный терапевтический уровень с трудом поддаётся определению из-за индивидуальных различий в реакции и может быть установлен лишь через некоторое время после начала лечения.

4. Связи между концентрацией антипсихотических средств и возникновением поздней дискинезии не установлено.

5. Выводы

а. Определение содержания антипсихотических средств направлено на то, чтобы установить соблюдение пациентом режима лечения либо выявить отсутствие абсорбции (в этих же целях определяют уровень пролактина).

б. Данный метод может быть эффективен для выявления больных, которые не

реагируют на лечение.

М. Визуальные исследования деятельности головного мозга

1. Компьютерная томография (КТ) (по прежней терминологии, аксиальная компьютерная томография).

а. Клинические показания: деменция или депрессия, общее когнитивное и соматическое обследование, а также стандартное обследование при первых эпизодах психоза.

б. Показания для исследования:

i. Дифференцировка вариантов болезни Альцгеймера. it. Церебральная атрофия при злоупотреблении алкоголем.

Таблица 27-1. Терапевтические и лекарственных токсические уровни препаратов

Препарат	Терапевтический уровень	Токсический уровень
Амитриптилин	> 120 нг/мл	500 нг/мл
Бромидин	20-120 мг/дл	150 мг/дл
Карбамазепин	8-12 мг/мл	15 мг/мл
Дезипрамин	> 125 нг/мл	500 нг/мл
Имипрамин	200-250 нг/мл	500 нг/мл
Литий	0,6-1,5 мг-экв/л	2,0 мг-экв/л
Мепробамат	10-20 мг/мл	30-70 мг/мл
Нортриптилин	50-150 нг/мл	500 нг/мл
Фенобарбитал	15-30 мг/мл	40 мг/мл
Фенитоин	10-20 мг/мл	30 мг/мл
Примидон	5-12 мг/мл	15 мг/мл
Пропранолол	40-85 нг/мл	> 200 нг/мл
Вальпроевая кислота	50-100 мг/мл	200 мг/мл

464 Глава 27 IV М

iii. Церебральная атрофия при злоупотреблении бензодиазепинами. iv. Коровая и мозжечковая атрофия при шизофрении, v. Расширение желудочков при шизофрении.

2. Ядерно-магнитный резонанс

а. Измеряет радиочастотные импульсы, которые испускают различные структуры головного мозга под воздействием внешних магнитных полей, и формирует послойные изображения органа.

б. Определяет состояние структуры, а не уровень функционирования.

в. В других областях метод используется на протяжении 30 лет.

г. Формирует гораздо более чёткое изображение, чем КТ, особенно при исследовании серого вещества.

д. Не связан с облучением; риск для пациента от воздействия сильных магнитных полей минимален или отсутствует.

е. Может выявлять нарушения в глубоких медиальных структурах.

ж. Измеряет плотность не ткани, а определённых клеточных ядер, которые подвергаются исследованию.

з. Основным недостатком этого метода является время, необходимое для того, чтобы провести сканирование (5-40 мин).

и. Позволяет прогнозировать поведение клеток (необходимы более сильные магнитные поля).

к. Предпочтительный метод диагностики рассеянного склероза и других демиели-низирующих заболеваний.

3. Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)

а. Позитронные излучатели, например углерод-11 или фтор-18, используются для мечення глюкозы, аминокислот, нейротрансмиттерных предшественников

и других органических компонентов.

б. Может отслеживать распространение и дальнейшую судьбу молекул.

в. Формирует послойные изображения по типу КТ-сканирования.

г. Мечение нейрорептиков позволяет определить их местонахождение, а также измерить плотность дофаминовых рецепторов.

д. Сканирование методом ПЭГ показало, что число дофаминовых рецепторов уменьшается с возрастом.

е. Позволяет получить информацию о функционировании отдельных участков головного мозга и интенсивности регионарного кровотока.

ж. 2-Дезоксиглюкоза (аналог глюкозы) абсорбируется клетками с той же скоростью, что и глюкоза, но не преобразуется в ходе обмена веществ. Может быть использована для измерения регионарного поглощения глюкозы.

з. Определяет уровень функционирования головного мозга и позволяет получить информацию о его физиологических особенностях.

и. Предоставляет подробную информацию, необходимую для понимания функционирования головного мозга и реакции отдельных его участков на воздействие лекарственных средств.

к. Показания для исследования:

і. Сравнение латеральности, переднезадних и кортикально-субкортикальных градиентов. и. Данные, получаемые при обследовании больных шизофренией:

(а) Кортикальная гиподифронтальность (отмечается у больных депрессией).

(б) Более выраженный кортикально-субкортикальный градиент.

Лабораторные исследования в психиатрии 465

(в) Замедление абсорбции в левой части коры.

(г) Повышение активности в левой височной доле.

(д) Понижение метаболической активности в левых базальных ганглиях.

(е) Более высокая плотность дофаминовых рецепторов (необходимы дополнительные исследования).

(ж) Повышение метаболической активности передних отделов мозга в ответ на неприятные раздражители, что, однако, не специфично для больных шизофренией.

4. Топография электрической активности головного мозга

а. Топографическая визуализация ЭЭГ и вызванных потенциалов.

б. Показывает области различной электрической активности, которая фиксируется двумя электродами, находящимися на коже головы.

в. Новые системы обработки информации предоставляют возможность для использования более совершенных средств визуализации данных, полученных с помощью ЭЭГ и методов вызванных потенциалов.

г. Каждой точке на карте электрической активности мозга присваивается числовое значение — показатель электрической активности.

д. Каждое значение вычисляется путём линейной интерполяции показаний 3 ближайших электродов.

е. Предварительные данные указывают на особенности электрической активности головного мозга у больных шизофренией. Вызванные потенциалы имеют пространственно-временные отличия; в некоторых областях отмечается повышение асимметричной активности бета-волн; увеличивается активность дельта-волн, преимущественно в лобных участках.

5. Регионарный церебральный кровоток

а. Формирует двухмерное изображение коры, представляющее картину кровоснабжения различных участков головного мозга.

б. Считается, что уровень кровотока прямо коррелирует с нейронной активностью.

в. Радионуклид ксенон-133 используют для ингаляции — вещество проникает через ГЭБ, но остается инертным.

г. Детекторы определяют скорость выведения ксенона-133 из определённых областей головного мозга и сравнивают её со стандартной, вычисляя среднее

время прохождения фазно-нуклеоидного индикатора.

і. Серое вещество — быстрое выведение. П. Белое вещество — медленное выведение.

д. С большим успехом регионарный церебральный кровоток можно использовать для изучения заболеваний со значительной потерей ткани мозга, например, при деменции, ишемии, атрофии.

е. Метод крайне чувствителен к транзиторным артефактам, например тревога •♦ гипервентиляция ■» низкий уровень pCO_2 ■» высокая скорость церебрального кровотока.

ж. Тестирование проводится быстро.

з. Низкий уровень облучения.

и. По сравнению с ПЭГ изображение регионарного церебрального кровотока имеет меньшее пространственное разрешение, но более высокое временное.

к. Согласно предварительным данным, у больных шизофренией возможно замедление церебрального кровотока дорсолатеральной фронтальной доли и его ускорение в левом полушарии в состоянии возбуждения.

466 Глава 27 V

а. Каких-либо отклонений от нормы в состоянии покоя у больных шизофренией не обнаружено.

м. В настоящее время метод находится в стадии разработки. 6. Эмиссионная компьютерная томография одиночных фотонов

а. Адаптированный вариант измерения регионарного церебрального кровотока используется для получения послойных томограмм вместо двухмерных изображений поверхности.

б. В настоящее время даёт томографические изображения структур, находящихся на 2, 6 и 10 см выше и параллельно линии глазной щели.

V. ДРУГИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лабораторные тесты, приведённые в табл. 27-3, применяются как в клинической, так и в исследовательской психиатрии. За информацией о единицах измерения, принятых в лабораторном анализе, следует обратиться к соответствующим справочникам. Вследствие того что в различных лабораториях приняты разные единицы измерения, необходимо выяснить, какие единицы приняты за норму в той лаборатории, которая будет проводить тест. В настоящее время используются две системы измерения — традиционная и Международная система единиц (СИ), которая более распространена. Величины переводят в СИ из традиционной системы измерения путём умножения на некоторый показатель. В СИ обычной единицей измерения количества вещества является моль, массы — килограмм, длины — метр. Эквиваленты единиц измерения приведены в табл. 27-4. Таблица 27-2. Вызывающие зависимость психоактивные вещества, которые можно обнаружить в моче

Вещества	Время, в течение которого препарат можно обнаружить в моче
Алкоголь	7-12 ч
Фенамин	48 ч
Барбитураты	24 ч (непродолгованного действия) 3 нед (продолгованного действия)
Бензодиазепины	3дня
Кокаин	6-8 ч (метаболиты — 2-4 дня)
Кодеин	48 ч
Героин	36-72 ч
Марихуана	3 дня — 4 нед (зависит от интенсивности использования)
Метадон	3дня
Метаквалон	7 дней

Морфин	48-72 ч
Фенил циклидин	8 дней
Пропоксифен	6-48 ч

Таблица 27-3. Другие лабораторные тесты

Таблица 27-3. Продолжение

Определение уровня хлорида в сыворотке	Расстройства пищевого поведения, паническое расстройство	Уровень понижен при нервной булимии, психогенной рвоте. Незначительное повышение при синдроме гипервентиляции, паническом расстройстве
Определение уровня холецистокинина	Расстройства пищевого поведения	По сравнению с контрольными пациентами проведение теста после еды приводит к неопределённым результатам у пациентов, страдающих нервной булимией (уровень холецистокинина может нормализоваться после лечения антидепрессантами)
Вдыхание двуокси углерода; вливание раствора натрия бикарбоната	Тревога	У ряда больных вызывает приступ паники
Реакция Кумбса прямая и непрямая	Гемолитическая анемия, вызванная психотропными препаратами	Оценка состояния при гемолитической анемии, вызванной лекарственными средствами, например, хлорпромазином, фенитоином, леводопой и метилдофой
Определение уровня меди в моче	Органическая патология	Уровень повышен при болезни Вильсона
Определение уровня кортизона (гидрокортизона)	Органическая патология, расстройства настроения	Чрезмерно высокий уровень может указывать на болезнь Кушинга, связанную с возникновением тревоги, депрессии и ряда других расстройств
Определение уровня креатинфосфокиназы	Применение нейролептиков, физическое сдерживание, злоупотребление психоактивными	Уровень повышен при злокачественном нейролептическом синдроме, внутримышечном введении нейролептиков, рабдомиолизе (обусловленном злоупотреблением

	веществами	психоактивными веществами), у больных при физическом сдерживании также у пациентов, обнаруживающих дистонические реакции, бессимптомное повышение уровня креатинфосфокиназы наблюдается после приёма антипсихотических средств
Определение уровня креатинина в сыворотке	Органическая патология	Уровень повышен при заболеваниях почек
Определение уровня дофамина (стимуляция дофамина с использованием L-ДОФА)	Депрессия	Подавляет секрецию пролактина. Тесты проводят для оценки функциональной целостности дофаминергической системы (нарушения связаны с болезнью Паркинсона, депрессией)
Допплер-ультразвук	Импотенция, органическая патология	Каротидная окклюзия, преходящие нарушения мозгового кровообращения, уменьшение притока крови к пенису при импотенции
ЭКГ	Паническое расстройство	У 10-40% больных с паническим расстройством отмечается пролапс митрального клапана

Таблица 27-3. Продолжение

Определение уровня глюкозы в кро-	Приступы паники, тревога, делирий,	Очень высокий уровень глюкозы отмечается при делирии. Очень
-----------------------------------	------------------------------------	---

ви натошак	депрессия	низкий уровень глюкозы отмечается при делирии, ажитации, приступах паники, тревоге, депрессии
Определение уровня глутамилтрансаминазы в сыворотке	Злоупотребление алкоголем, органическая патология	Уровень повышен при злоупотреблении алкоголем, циррозе, болезнях печени
Определение уровня гонадотропин-высвобождающего гормона	Депрессия, тревога, шизофрения	Уровень понижен при шизофрении, повышен при нервной анорексии, варьируется при депрессии, тревоге
Определение уровня гормона роста	Депрессия, шизофрения	Неопределённая реакция при определении уровня гормона роста на вызванную инсулином гипогликемию у больных депрессией; усиление её на воздействие агониста дофамина у больных шизофренией; повышение уровня гормона отмечается у некоторых больных нервной анорексией
Определение гематокрита, уровня гемоглобина	Органическая патология	Диагностическое обследование пациентов с анемией (анемия может быть связана с депрессивными психотическими расстройствами)
Определение вирусного антигена гепатита А	Расстройства настроения, органическая патология	Менее тяжёлая форма, благоприятный прогноз, чем при гепатите В; может сопровождаться анорексией, депрессией
Определение поверхностного антигена гепатита В и антигена гепатита Вc	Расстройства настроения, органическая патология	Обнаружение активной инфекции вируса гепатита В указывает на развитие более тяжёлой формы заболевания печени; может отмечаться при депрессии
Обнаружение вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)	Органическая патология	Вовлечение ЦНС; СПИД-деменция; изменение личности, обусловленное соматическим неврологическим заболеванием, расстройством настроения, обусловленным соматическим или неврологическим заболеванием, острые психотические расстройства
Определение уровня 17-гидроксикортикостероидов	Депрессия	Девииации указывают на гиперкортицизм, который может быть связан с большим депрессивным расстройством. Уровень повышен при злоупотреблении стероидами
Определение уровня 5-ОИУК	Депрессия, суицид, агрессия	Понижение уровня вещества спинномозговой жидкости отмечается у агрессивных пациентов с суицидальными или гомицидными побуждениями; может быть показателем ослабления импульсивного контроля и прогностическим фактором суицида

Таблица 27-3. Продолжение

Тест	Психические расстройства	Комментарии
Определение уровня железа в сыворотке Определение уровня лактатдегидрогеназы	Органическая патология	Железодефицитная анемия
Выявление волчаночного антикоагулянта	Использование фенотиазин	Уровень повышен при инфаркта миокарда, инфаркте лёгких, болезнях печени, инфаркте почек, судорожных припадках, повреждении головного мозга, мегалобластической (пернициозной) анемии Антифосфолипидные антитела обнаружены у некоторых пациентов, принимающих фенотиазин, особенно хлорпромазин
Волчаночно-клеточный тест	Депрессия, психоз, делирий, деменция	Положительные результаты указывают на системную красную волчанку, которая может сопровождаться различными психическими нарушениями, такими, как психотическая и депрессивные расстройства, делирий, деменция; для выявления системной красной волчанки также можно использовать тесты на антинуклеарные антитела и на анти-ДНК-антитела
Определение уровня лютеинизирующего гормона	Депрессия	Низкий уровень при гипотизмизма кахексии; понижение уровня связано с депрессией
Определение уровня магния в сыворотке	Злоупотребление алкоголем, органическая патология	Уровень понижен при алкогольной зависимости; низкий уровень связан с ажитацией, делирием, судорожными припадками
Определение активности МАО	Депрессия	Низкая активность при депрессии
Определение среднего молекулярного объёма (средний объём эритроцитов)	Злоупотребление алкоголем	Увеличение объёма при алкогольной зависимости, недостаточности витамина В12 и фолатов
Определение уровня мелатонина	Сезонное расстройство настроения	Мелатонин продуцируется шишковидным телом под воздействием света. При сезонном расстройстве настроения уровень мелатонина понижен
Тест на интоксикацию тяжёлыми металлами (обнаружение в сыворотке или в моче)	Органическая патология	Свинец — апатия, раздражительность, нервная анорексия, спутанность Ртуть — психоз, усталость, апатия, ухудшение памяти, эмоциональная лабильность, синдром «сумасшедшего шляпника» Марганец — «марганцевое помешательство, синдром, идентичный паркинсоническому Алюминий — деменция

			Мышьяк — усталость, провалы памяти, выпадение волос
Определение уровня МОФГ	уровня	Депрессия, тревога	С наибольшим успехом применяется в исследовательской практике; снижение уровня вещества в моче может указывать на снижение его уровня в ЦНС
Определение миоглобина в моче	уровня	Использование фенотиазинов, злоупотребление психоактивными веществами, применение физического сдерживания	Уровень повышен при злокачественном нейролептическом синдроме, при интоксикации РСР, кокаином, диэтиламидом лизергиновой кислоты (ЛСД); повышение уровня происходит у пациентов, находящихся в условиях физического сдерживания
Определение никотина	уровня	Тревога, привыкание к никотину	Тревога, табакокурение
Оценка ночной эрекции	ночной	Импотенция	Определение ночной эрекции помогает дифференцировать органические и функциональные причины импотенции
Определение уровня паратиреоидного гормона (паратгормона)	уровня	Тревога, органическая патология	Низкий уровень вызывает гипокальциемию и тревогу. Дизрегуляция связана с рядом когнитивных расстройств
Определение уровня фосфора в сыворотке	уровня	Органическая патология, паническое расстройство	Уровень повышен при почечной недостаточности, диабете, ацидозе, гиперпаратиреозе, избыточном содержании витамина Д. Уровень понижен при циррозе, гипокалиемии, гиперпаратиреозе, приступе паники, синдроме гипервентиляции
Подсчёт тромбоцитов		Использование психотропных препаратов	Число тромбоцитов уменьшается при использовании некоторых психотропных средств (карбамазепин, фенотиазины)
Определение уровня порфибилино-гена	уровня	Органическая патология	Уровень повышен при острой порфирии
Обнаружение порфиринасинтезирующего фермента		Психоз, органическая патология	Острый приступ паники или когнитивное расстройство иногда возникают на фоне острого приступа порфирии, который может быть спровоцирован барбитуратами или имипрамином
Определение уровня калия в сыворотке	уровня	Органическая патология, расстройства пищевого поведения	Уровень повышен при гипокалиемическом ацидозе; повышение уровня связано с тревогой при сердечной аритмии. Уровень понижен при циррозе, метаболическом алкалозе, злоупотреблении слабительными средствами, диуретиками; понижение уровня часто отмечается у

	пациентов с нервной булимией, психогенной рвотой, а также при злоупотреблении анаболическими стероидами
--	---

Таблица 27-3. Окончание

Определение уровня тестостерона в сыворотке
 Импотенция, расстройство, связанное со снижением сексуального влечения

476 Глава 27 V

Таблица 27-4. Эквиваленты единиц измерения

1 г	= 1 мг
1мг	= 1 мкг
1 мкг	= 1 нг
Единицы измерения	= 100 мкг/ дл
вещества в крови	= 1 мг/ л = 1
1 мкг /мл	нг/мл
100 мг/дл	= 0,1 г/дл =
	1 мг/л (1 г/л)
	= 1 мг /мл

28

Справочник

I. АББРЕВИАТУРЫ

* или # — с последующим кодом из 6 цифр (согласно классификации наследственных заболеваний человека, полностью — МН *[код] — менделевское наследование

[McKusick V.A. Mendelian Inheritance in Man., Baltimore, Johns Hopkins University Press, Aries System Corporation, 1995])

◆ — смотри

■* — см. также

о — синоним

9? — ауtosомное доминантное наследование

р — ауtosомное рецессивное наследование

К — связанное с X-хромосомой наследование

DSM см. классификация DSM

в/в — внутривенно

в/м — внутримышечно

ЖКТ — желудочно-кишечный тракт

MPT — магнитно-резонансная томография

ССС — сердечно-сосудистая система

франц. — французский

ЦНС — центральная нервная система

477

478 Глава 28

II. СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

APA — American Psychiatric Association *dijū entendu* (франц.) <■ «уже слышанное» *dijū vu* (франц.) ■> «уже виденное»

dementia praecox 1. Общее название психозов молодого возраста, характеризующихся исходом в гебефрению, кататонию или параноидное слабоумие 2. см. шизофрения Любое из психотических расстройств, известных как шизофренические (термин ранее использовали для обозначения шизофрении как единой нозологической формы)

Guam ALS-PDC [Guam — остров в западной части Тихого океана; ALS — amyotrophic lateral sclerosis, PDC — parkinsonism dementia complex] Фатальная б-нь аборигенов острова Гуам (чаморро), клиника к-рой схожа с нейродегенеративными б-нями ЦНС — б-нью Альцгеймера, амиотрофическим боковым склерозом, паркинсонизмом; этиология неизвестна, предполагают влияние экзотоксина (замещённые аминокислоты из местных плодов, алюминий, цинк), в настоящее время б-нь практически не встречается

idée fixe ◆ фиксированная, навязчивая идея

абстракция ь гл. 2 VII

абулия ф гл. 2 VII

автоматизм * гл. 2 VII

агрессивность ь гл. 2 VII

агрессия

пассивная а. <■ гл. 2 VII

адекватность

настроению а. ■> гл. 2 VII

ажитация * гл. 2 VII

альтруизм ь гл. 2 VII

амбивалентность * гл. 2 VII

амнезия ь гл. 2 VII

а. антероградная * гл. 2 VII

а. локальная » лакунарная амнезия <» частичная амнезия ф гл. 2 VII а. ретроградная ^ гл. 2 VII

ангедония * гл. 2 VII аннулирование ь гл. 2 VII апатия * гл. 2 VII

ассоциация

вызванная звуком а. ◆ гл. 2 VII

астения * гл. 2 VII атаксия ь гл. 2 VII афазия <■ гл. 2 VII

Справочник 479

аффект « гл. 2 VII

недоумения а. <• растерянность

бедность речи <• гл. 2 VII

болезнь

Альцгеймера (Альцхаймера) б. Органическое слабоумие, возникающее после 50 лет (различают раннее [т.н. семейная б-нь] и позднее [после 65 лет] начало А.б.) и сопровождающееся склерозом, нейрофибриллярной дегенерацией (при участии тау-белка микротрубочек), старческими бляшками (отложения р-амилоидного белка, образование амилоидных волокон) » (2) деменция пресенильная (о А.б. с ранним началом) Мутант-ный (?) ген р-амилоида локализован в хромосоме 21, риск развития А.б. увеличивается в соответствии с дозой гена аполипопротеина Е4 (хромосома 14), при соединении с β-амилоидом, переводящим последний в нерастворимую форму •♦ Guam ALS-PDC

бред * гл. 2 VII

величия б. ■*■ гл. 2 VII, ♦ гл. 8 I Б

индуцированный б. * гл. 2 VII

преследования б. » параноидный бред ъ гл. 2 VII, <• гл. 8 I Б

ревности б. •» гл. 2 VII, ♦ гл. 8 I Б

соматический б. ♦ гл. 2 VII, ■«■ гл. 8 I Б

смешанного типа б. ■«■ гл. 8 I Б

эротоманический б. ♦ гл. 8 I Б

вербигерация * гл. 2 VII вкладывание мыслей ф гл. 2 VII возбуждение кататоническое * гл. 2 VII восторг ф гл. 2 VII всеильность * гл. 2 VII

галлюцинация <■ гл. 2 VII вкусовая г.

гипнагогическая г. + гл. 2 VII зрительная г.

лилипутная г. » микроптическая т. ■> гл. 2 VII осязательная г. ■«■ гл. 2 VII слуховая г.

гиперестезия \$ гл. 2 VII гиперметаморфоз * гл. 2 VII гипермнезия * гл. 2 VII

гипестезия <■ гл. 2 VII дезориентация * гл. 2 VII деперсонализация ф гл. 2 VII

депрессия ^ гл. 2 VII дереализация * гл. 2 VII дереизму гл. 2 VII

480 Глава 28

дизартрия ■> гл. 2 VII дискинезия ъ гл. 2 VII дисфория <• гл. 2 VII гибкость восковая о- катаlepsия

делирий Острое психическое расстройство (обычно с двигательным) возбуждением, проявляющееся нарушениями восприятия (галлюцинации), сознания (с дезориентировкой), часто с нестойким бредом

алкогольный д. Острое психическое расстройство при алкоголизме; характерны тремор, спутанность сознания, беспокойство, галлюцинации, расстройства сердечной деятельности, диспепсия

посттравматический д. Посттравматическое нейропсихическое расстройство с помрачением сознания, возбуждением, галлюцинациями, дезориентацией

деменция Стойкое оскудение психики, вызванное органическими или психологическими причинами «» слабоумие

Альцгеймера (Альцхаймера) д. см. Альцгеймера болезнь вторичная д. Хроническое слабоумие, вызванное психозом первичная д. д., наблюдающаяся

вне связи с другими психозами первичная старческая д. см. Альцгеймера болезнь д. после диализа см. Синдром энцефалопатический после диализа

пресенильная д. 1 д. развившаяся до наступления старческого возраста «» пресе-

нильное слабоумие 2 см. Альцгеймера болезнь

сосудистая д. Постепенное обеднение интеллекта в сочетании с неврологическими знаками в результате нескольких сосудистых катастроф головного мозга «» апоп-лектическая д. ** постинсультное слабоумие

старческая д. Органическое поражение мозга, наблюдающееся в старческом возрасте: прогрессирующее психическое оскудение, эмоциональная лабильность, затруднения с запоминанием, эгоцентризм, «детское» поведение «* старческое слабоумие

дефицит внимания Психическое расстройство, характеризующееся неспособностью сосредоточиться на чём-либо, импульсивностью, гиперактивностью » minimal brain dysfunction минимальная мозговая дисфункция

деятельность ■> гл. 2 VII диссоциация •> гл. 2 VII жалобы с отказом от помощи ф гл. 2 VII

заторможенность

психомоторная з. •»• гл. 2 VII

идеализация « гл. 2 VII

идея

величия ии. * гл. 2 VII

навязчивая и. » фиксированная и. « idee fixe * гл. 2 VII

ОТН(

шения ии. 4 гл. 2 VII

сверхценные ии. «• гл. 2 VII фиксированная и. <■ навязчивая и.

изоляция аффекта + ущемление аффекта

Справочник 481

иллюзия * гл. 2 VII инкогеренция ф гл. 2 VII

интеллект Индивидуальные способности к целенаправленным действиям, рациональному мышлению и эффективному взаимодействию со средой (в частности, успешное разрешение трудностей) <* ум

интеллектуальный уровень Индивидуальные особенности, основанные на уровне развития интеллекта и эффективности адаптивного поведения » умственные способности

интеллектуализация ■> гл. 2 VII интоксикация ь гл. 2 VII ипохондрия «• гл. 2 VII

каталепсия «• восковая гибкость \$ гл. 2 VII

катаплексия ь гл. 2 VII

катарсис ь гл. 2 VII

кататония * гл. 2 VII

классификация

DSM к. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Диагностическое и статистическое руководство по психическим заболеваниям Американской Ассоциации Психиатров. Официальная классификация болезней в американской психиатрии. В настоящее время действует четвёртое издание данного руководства (DSM-IV), изданное в 1994 году. В нём содержится описание более 200 болезней.

когнитивный Относящийся к познанию <» познавательный

кома ♦ гл. 2 VII

компульсивность * гл. 2 VII

конфабуляция * гл. 2 VII

конфликт * гл. 2 VII

копролалия ь гл. 2 VII

коэффициент интеллектуального развития (IQ) ь гл. 2 VII

криптомнезия * гл. 2 VII

куннилингус Воздействие на наружные половые органы женщины губами и языком; разновидность орально-генитального контакта «* кумбитмака

лабильность

аффективная л. ■> гл. 2 VII логорея * гл. 2 VII макроспия ■*• гл. 2 VII

манерность * гл. 2 VII мания * гл. 2 VII

ментизм *> наплыв мыслей * гл. 2 VII метаморфопсия ь гл. 2 VII

1^-4950

482 Глава 28

мутизм «• гл. 2 VII

мышление

аутистическое м. ф гл. 2 VII магическое м. ♦ гл. 2 VII

наплыв мыслей ♦ ментизм настроение <• гл. 2 VII
 неадекватность
 настроения н. ♦ гл. 2 VII
 негативизм ^ гл. 2 VII
 неологизм <■ гл. 2 VII
 нигилизм ф гл. 2 VII
 обесценивание «■ гл. 2 VII
 obsессия ф гл. 2 VII
 обстоятельность мышления ь гл. 2 VII
 ожидание ф гл. 2 VII
 ориентация <■ гл. 2 VII
 отвлекаемость патологически повышенная ф гл. 2 VII
 отрицание \$ гл. 2 VII
 память 1 Процесс воспроизведения чего-либо пережитого или заученного 2 Система обработки информации, включающая в себя её восприятие, преобразование, хранение и воспроизведение; основные составляющие памяти — запоминанием, сохранением и извлечением
 длительная п. ■> долговременная п. ♦ гл. 2 VII долговременная п. «• длительная п. ■*• гл. 2 VII кратковременная п. ф гл. 2 VII
 непосредственная п. « оперативная память ь гл. 2 VII оперативная память <■ непосредственная п.
 паника ■»• гл. 2 VII парез Частичный паралич патоморфология Анатомия патологическая передача мыслей на расстояние ь гл. 2 VII перемещение ь гл. 2 VII
 перенос » проекция * гл. 2 VII идентификации п. <■ гл. 2 VII
 перерыв в мыслях ь гл. 2 VII персеверация ф гл. 2 VII
 петтинг Достижение полового удовлетворения партнёрами путём взаимных ласк, но без полового сношения
 поведение Взаимодействие с окружающей средой
 Справочник 483
 познание ■> гл. 2 VII помрачение сознания * гл. 2 VII
 преморбидный Предшествующий проявлению заболевания о преклинический, ий
 » пре-морбид
 психиатрия Медицинская специальность, изучающая психические расстройства и заболевания
 психоаналитическая п. Теория и практика психиатрии, основанная на психоаналитических принципах ■» психоанализ о динамическая п.
 реабилитационная п. Область психиатрии, связанная с проблемами реабилитации психоэмоциональных нарушений вследствие социальных конфликтов; основной акцент делается на социальные и межличностно-средовые факторы, способствующие психическим нарушениям *> п.
 восстановительная социальная п. Область психиатрии, связанная с культурными и социологическими аспектами психических расстройств
 судебная п. Область психиатрии, связанная с правовыми аспектами психических заболеваний
 психический Относящийся к феноменам сознания, ума, души; ментальный
 психоанализ 1 Метод психотерапии, созданный З. Фрейдом, основанный на переводе подсознательного и бессознательного в сознание 2 Метод исследования человеческого интеллекта и психических функций, путём анализа свободных ассоциаций и сновидений 3 Интегративный подход к теории и практике развития личности, мотивации и поведения
 психоаналитик Психотерапевт (обычно психиатр), специализировавшийся по психоанализу и использующий его методы для лечения психических нарушений
 психоз 1 Психическое расстройство, приводящее к нарушению психической

деятельности личности, эмоциональных реакций и способности адекватного отражения действительности, общения с окружающими; могут быть обусловлены органическими или функциональными нарушениями функции головного мозга 2 Общий термин для любой у формы душевных болезней 3 Острое расстройство психики и поведения алкогольный п. Психические расстройства вследствие алкоголизма с органическим поражением головного мозга «• п. метаалкогольный аффективный п. Психоз с преобладанием аффективных расстройств беременности п. Психическое расстройство, обусловленное беременностью блока интенсивной терапии п. Психотический эпизод, возникающий в течение суток у пациентов с заболеванием сердца после помещения его в блок интенсивной терапии; зависит от депривации сна, чрезмерного раздражения, длительных реанимационных мероприятий, истощения жизненно важных систем; необходимо отличать от обострения ранее имевшегося или возникшего органического психоза инволюционный п. Психические нарушения, возникающие в период инволюции о

п. предстарческий *» п. пресенильный «* п. увядания инфекционный п. Психоз при острой инфекции или хронической интоксикации; проявляется как делирий, аменция, с галлюцинациями и несистематизированным бредом, иногда ступором

484 Глава 28

истерический п. 1 Психотическая реакция с преобладанием истерических симптомов 2 Психическое расстройство, сходное с конверсионной истерией, но с психотическими реакциями

истощения п. Симптоматический п. вследствие голодания о делирий истощения

корсаковский синдром

лекарственный п. Психоз, вызванный приёмом лекарств (например, ЛСД)

маниакально-депрессивный п. Психическое расстройство с различными нарушениями настроения, с тенденцией к ремиссиям и рецидивам; в маниакальной фазе пациент находится в приподнятом настроении и двигательном возбуждении; в депрессивной фазе — подавленное настроение, тревога, снижение физических возможностей, вплоть до ступора; при циркулярной форме встречается обе фазы » п. аффективный биполярный

полиневритический п. см. корсаковский синдром

послеродовой п. Острое психическое расстройство у женщины после родов »

п. пуэрперальный

реактивный п. Преходящие психические нарушения, возникающие в связи с тяжёлой жизненной ситуацией » психогенный п.

старческий п. Психическое нарушение, возникающее в старости и связанное с дегенеративными процессами в головном мозге » слабоумие старческое » п. сениль-ный о сенилизм о слабоумие сенильное-

шизоаффективный п. Психическое нарушение, в котором сочетаются симптомы шизофрении и маниакально-депрессивного психоза

психотомиметический 1 Относящийся к категории лекарств с преимущественным действием на центральную нервную систему, расширяющих объем сознания и обостряющих восприятие (ЛСД, гашиш, мескалин и др.) 2 Галлюциногенное вещество, а также зрительные образы, музыка и другие сенсорные стимулы, обладающие подобным действием

психотропный Обладающий способностью изменять настроение, поведение, познавательные процессы (обычно относится к фармакологическим средствам)

разделение ♦ гл. 2 VII расстройство

антисоциальное личностное р. Характеризуется хроническим антисоциальным поведением, включающим пренебрежение и насилие по отношению к окружающим

аффективное р. Характеризуется нарушением настроения
 биполярное р. Характеризуется маниакальными эпизодами или чередованием маниакальных и депрессивных эпизодов
 генерализованной тревоги р. Хронические, повторяющиеся эпизоды тревоги
 <* невроз тревоги *> тревожное состояние
 глубокое р. развития Психические расстройства, возникающие в младенческом, детском и юношеском возрасте и характеризующееся нарушением развития основных психических функций, включая развитие социальных навыков и речи
 дистимическое р. Хроническое нарушение настроения, характеризующееся лёгкой депрессией или потерей интереса к привычной деятельности
 Справочник 485
 р. злоупотребления (веществами) Психические расстройства, при которых поведенческие изменения связаны с регулярным использованием веществ, воздействующих на ЦНС (например, при токсикомании, наркомании)
 идентификации р. Психическое р., встречающееся в детском и юношеском возрасте, при котором утрачивается сознание тождественности собственной личности, что сопровождается чувством неуверенности, отчуждения собственной личности о р. идентичности
 изолированное эксплозивное р. Характеризуется единственным эпизодом неудачи в противостоянии насилию, внешнему силовому воздействию; эпизод имеет важное влияние на другие ситуации
 импульсивного контроля р. Характеризуются неспособностью контролировать некоторые пагубные для себя и окружающих действия; включают патологическое увлечение азартными играми, kleptomанию, пироманию, периодическое эксплозивное р.
 конверсивное р. Психическое р., при котором бессознательный эмоциональный конфликт выражается в изменении или ухудшении соматических функций
 кондуктивное р. Психическое р., встречающееся в детском или подростковом возрасте и характеризующееся такими поведенческими стереотипами, при которых нарушаются права окружающих или соответствующие возрасту нормы поведения
 личностное р. Характеризуется продолжительными устойчивыми и дезадаптивными стереотипами поведения, жизненного стиля и социальной адаптации; лиц с подобными расстройствами называют психопатами, социопатами о изменение личности
 мышления р. ■> гл. 2 VII
 нейропсихологическое р. Нарушение психического функционирования, обусловленное травмой и связанное с психотическим, невротическим, поведенческим, психофизиологическим расстройствами или повреждением мозга
 оппозиционное р. Психическое р., встречающееся в детском или юношеском возрасте и проявляющееся непослушанием, негативизмом и сопротивлением авторитетам
 паническое р. Периодические внезапные приступы паники
 поведения р. Психическое расстройство, затрагивающее преимущественно поведенческую сферу (без явной органической причины)
 пограничное личностное р. Характеризуется неустойчивостью в разных сферах психики, включая межличностные взаимоотношения, настроение и самооценку
 посттравматическое стрессовое р. Вариант нейропсихологического расстройства (обычно в виде тревоги), которое следует за психологической травмой
 психическое р. Нарушение психической деятельности и поведения, связанные с каким-либо дистрессом или объективным фактором » психическая болезнь

психогенной боли р. р., при котором основной жалобой является боль, по интенсивности не соответствующая её объективной оценке и связанная с психологическими факторами

психоорганическое р. Психологическая или поведенческая аномалия, связанная с преходящей или перманентной дисфункцией головного мозга; обычно характеризуется появлением психоорганического синдрома

психосоматическое р. Характеризуется соматическими симптомами психического происхождения; обычно вовлекается один из органов, контролируемых вегетативной нервной системой, как физиологическая и органическая основа нарушения

486 Глава 28

психофизиологическое р. Термин, использующийся для обозначения психосоматической патологии о психосоматическое р.

регулируемое р. Психическое расстройство, при котором развитие симптомов связано с воздействием какого-либо стрессового фактора

соматизированное р. Психическое р., характеризующееся наличием тяжёлой клинической картины (или истории развития болезни) и соматическими симптомами со стороны различных систем (при отсутствии органической основы заболевания)

соматоформное р. Группа психических рр., характеризующихся наличием соматических симптомов, которые являются отражением эмоциональных конфликтов или психических нарушений; включает соматизированное р., конверсивное р., психогенную боль и ипохондрию

функциональное р. р., при котором неизвестна или не обнаруживается органическая причина, объясняющая развитие симптомов <* функциональная болезнь

характерологическое р. Термин, относящийся к группе поведенческих рр.; используется для замены более общего термина (личностное р.), по отношению к которому характерологическое р. является субклассом о характеропатия

циклотимическое р. Эмоциональное р., характеризующееся колебаниями настроения с периодами гипомании и депрессии « циклотимное р.

чрезвычайной тревоги р. Психическое р., возникающее в детском или юношеском возрасте и проявляющееся поведением с преобладанием чрезмерного беспокойства и страха, не связанного с разлукой или недавним стрессом

рассудительность * гл. 2 VII

растерянность *» аффект недоумения * гл. 2 VII

рационализация ь гл. 2 VII

речь вычурная * гл. 2 VII

регрессия ь гл. 2 VII

репрессия ь гл. 2 VII

ригидность кататоническая ь гл. 2 VII

самоанализ ^ гл. 2 VII

самооценка

адекватная с. ■> гл. 2 VII неадекватная с.

самоутверждение * гл. 2 VII сенестопатии ь гл.2 VII синдром

психоорганический синдром — совокупность психических расстройств (снижение памяти, нарушение ориентации, мышления и т.д.) при диффузных органических поражениях головного мозга » психосиндром органический энцефалопатический с. после диализа Прогрессирующая диффузная энцефалопатия, наблюдающаяся у некоторых больных на фоне повторного гемодиализа » деменция после диализа

сознание * гл. 2 VII

Справочник 487

сопротивление ф гл. 2 VII

спутанность сознания ■> гл. 2 VII
 сублимация <■ гл. 2 VII
 стереотипия <■ гл. 2 VII
 страх <■ гл. 2 VII
 ступор ь гл.2 VII
 тик о гл. 2 VII
 трансфер <■ г/г. 2 VII
 тревога \$ гл. 2 VII
 «уже слышанное» о deja entendu (франц.) ь гл. 2 VII
 «уже виденное» «> fifeya vw {франц.) * гл. 2 VII
 участие <■ гл. 2 VII
 ущемление аффекта о изолирование аффекта «• гл. 2 VII
 фантазия
 аутистическая ф. •> гл. 2 VII
 фелляция Оральная стимуляция пениса (разновидность орально-генитальных сексуальных контактов) о фаллаторйзм
 фобия ♦ гл. 2 VII шизофазия ■> г>?. 2 VII эйфория <■ гл. 2 VII экзальтация - о- гл. 2 VII экстаз ь гл.2 VII эхоталлия ь гл. 2 VII эхопраксия •> г/7. 2 VII юмор ь гл. 2 VII

488 Глава 28

IV. КЛАССИФИКАЦИЯ DSM-IV

Буква «х» в диагностическом коде указывает на необходимость уточнения дополнительного кода.

Многоточие в названии расстройства указывает на необходимость уточнения психического расстройства, соматического или неврологического заболевания (например, 293.0 делирий, обусловленный гипотиреозом).

Если в настоящее время состояние пациента отвечает критериям расстройства, после названия диагноза может быть использовано одно из следующих уточнений степени тяжести:

Лёгкая степень

Средняя степень

Тяжёлая степень

Если состояние пациента уже не отвечает критериям расстройства, после названия диагноза может быть использовано одно из следующих уточнений:

В частичной ремиссии В полной ремиссии В анамнезе

Расстройства младенческого, детского или подросткового возраста

Умственная отсталость

317 Лёгкая умственная отсталость

318.0 Умеренная умственная отсталость

318.1 Тяжёлая умственная отсталость

318.2 Глубокая умственная отсталость

319 Умственная отсталость неуточ-

нённой степени тяжести

Расстройства обучения

315.0 Расстройство чтения

315.1 Расстройство счёта

315.2 Расстройство экспрессивного письма

315.9 Расстройство обучение неуточ-нённое

Расстройство развития моторных навыков

315.4 Расстройство координации, связанное с развитием

Расстройства общения

315.31 Расстройство экспрессивной речи

315.31 Смешанное расстройство рецептивно-экспрессивной речи

315.39 Расстройство речевой артикуляции

307.0 Заикание

307.9 Расстройство общения неуточ-нённое

Общие расстройства развития

299.00 Аутистическое расстройство 299.80 Синдром Ретта

299.10 Дезинтегративное расстройство детского возраста

299.80 Синдром Аспергера

299.80 Общее расстройство развития не-уточнённое

Справочник 489

Расстройство с дефицитом внимания и расстройство с деструктивным поведением

3Н.хх Расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью

.01 Смешанный тип

.00 Тип с преобладанием дефицита внимания

.01 Тип с преобладанием гиперактивности — импульсивности

314.9 Расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью не-уточнённое

312.8 Расстройство поведения

- начинающееся в детском возрасте/начинающееся в подростковом возрасте

313.81 Расстройство в виде оппозиции

312.9 Расстройство в виде деструктивного поведения не-уточнённое

Расстройства пищевого поведения в младенчестве и в раннем детстве

307.52 Пикацизм

307.53 Расстройство в виде повторного срыгивания

307.59 Расстройство приёма пищи в младенчестве и в раннем детстве

Расстройства в виде тика

307.23 Синдром де ла Туретта

307.22 Расстройство в виде хронических моторных или звуковых тиков

307.21 Расстройство в виде транзиторных тиков

- ночное/дневное/ночное и дневное

307.20 Расстройство в виде тика не-уточнённое

Расстройства, связанные с выделениями организма

Энкопрез

787.6 с запором и переполнением кишечника

307.7 без запора и переполнения кишечника

307.6 Энурез (не обусловленный соматическим или неврологическим заболеванием)

- ночной/дневной/ночной и дневной

Другие расстройства младенческого, детского или подросткового возраста

309.21 Тревожное расстройство, вызванное разлукой

- с ранним началом 313.23 Селективный мутизм

313.89 Реактивное расстройство привязанностей в младенческом и раннем детском возрасте

- по расторможенному типу/по заторможенному типу

307.3 Стереотипное двигательное расстройство

- с самоповреждающим поведением

313.9 Расстройство, начинающееся в младенческом, детском или в подростковом возрасте не-уточнённое

490 Глава 28

Делирий, деменция, амнестическое и другие когнитивные расстройства

Делирий

293.0 Делирий, обусловленный...

[укажите название соматического или неврологического заболевания]

_____ Делирий, вызванный интоксикацией психоактивным веществом [коды специфических веществ указаны в разделе «Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ»]

_____ Делирий, вызванный отменой

психоактивного вещества [коды специфических веществ указаны в разделе «Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ»]

_____ Делирий, обусловленный множественной этиологией [кодируется

каждая из причин расстройства]

780.09 Делирий неуточнённое

Деменция

290.XX Деменция, тип Альцгеймера с ранним началом (на оси III также кодируется болезнь Альцгеймера (331.0))

.10 Неосложнённая .11 С делирием .12 С бредом .13 С депрессией
• с нарушениями поведения

290.XX Деменция, тип Альцгеймера, с поздним началом (на оси III также кодируется болезнь Альцгеймера (331.0))

.0 Неосложнённая .3 С делирием

.20 С бредом .21 С депрессией

• с нарушениями поведения 290.XX Сосудистая деменция

.40 Неосложнённая .41 С делирием .42 С бредом .43 С депрессией

• с нарушениями поведения

294.9 Деменция при болезни, вызванной ВИЧ (на оси III также кодируется ВИЧ-инфекция (043.1), поражающая центральную нервную систему)

294.1 Деменция, обусловленная травмой головы (на оси III также кодируется травма головы (854.0), поражающая ЦНС)

294.1 Деменция, обусловленная болезнью Паркинсона (на оси III также кодируется болезнь Паркинсона (332.0))

294.1 Деменция, обусловленная болезнью Гентингтона (на оси III также кодируется болезнь Гентингтона (333.4))

290.10 Деменция, обусловленная болезнью Пика (на оси III также кодируется болезнь Пика (333.1))

290.10 Деменция, обусловленная болезнью Крейтцфельдта-Якоба (на оси III также кодируется болезнь Крейтцфельдта-Якоба (046.1))

294.1 Деменция, обусловленная...

[укажите название соматического или неврологического заболевания, не приведённого выше] (на оси III также кодируется соматическое или неврологическое заболевание)

Справочник 491

294.8

Стойкая деменция, вызванная психоактивным веществом

[коды специфических веществ указаны в разделе «Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ»]

Деменция, обусловленная множественной этиологией

[кодируется каждая из причин расстройства]

Деменция неуточнённая

Амнестические расстройства

294.0 Амнестическое расстройство, обусловленное...

[укажите название соматического или неврологического заболевания]

• транзитное/хроническое

_____ Стойкое амнестическое расстройство, вызванное психоактивным веществом

[коды специфических веществ указаны в разделе * Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ]

294.8 Амнестическое расстройство не-уточнённое

Другие когнитивные расстройства

294.9 Когнитивное расстройство неуточнённое

Психические расстройства, обусловленные соматическими или неврологическими заболеваниями, нигде больше не классифицированные

293.89 Кататоническое расстройство, обусловленное...

[укажите название соматического или неврологического заболевания]

310.1 Изменение личности, обусловленное... [укажите название соматического или неврологического заболевания]

• лабильный тип/расторможенный тип/агрессивный тип/апатичный

тип/параноидный тип/другой тип/смешанный тип/неуточнённый тип

293.9 Психическое расстройство, неуточнённое, обусловленное...

[укажите название соматическое или неврологическое заболевание]

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ

"Следующие уточнения могут использоваться при определении диагноза зависимости от психоактивного вещества:

С физической зависимостью/без физической зависимости Ранняя полная ремиссия/ранняя частичная ремиссия/продолжительная полная ремиссия/продолжительная частичная ремиссия При лечении агонистами/в условиях контроля

Следующие уточнения могут использоваться при определении диагноза расстройства, вызванного психоактивным веществом:

'С началом в период интоксикации/ WC началом в период отмены

492 Глава 28

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя

Расстройства, связанные с привыканием к алкоголю

303.90 Алкогольная зависимость 305.00 Злоупотребление алкоголем

Расстройства, вызванные алкоголем

303.00 Алкогольная интоксикация 291.8 Алкогольный синдром отмены

• С нарушениями восприятия

291.0 Алкогольная интоксикация с делирием

291.0 Алкогольный синдром отмены с делирием

291.2 Стойкая деменция, вызванная алкоголем

291.1 Стойкое амнестическое расстройство, вызванное алкоголем

291 .x Психотическое расстройство, вызванное алкоголем

.5 С бредом¹"1

.3 С галлюцинациями¹"

291.8 Расстройство настроения, вызванное алкоголем¹"

291.8 Тревожное расстройство, вызванное алкоголем^w

291.8 Сексуальная дисфункция, вызванная алкоголем[']

291.8 Расстройство сна, вызванное ал-коголем¹"

291.9 Расстройство, связанное с употреблением алкоголя неуточнённое

Расстройства, связанные с употреблением амфетаминов (или веществ, сходных по воздействию с амфетаминами)

Расстройства, связанные с привыканием к амфетаминам

304.40 Зависимость от амфетаминов 305.70 Злоупотребление амфетаминами

Расстройства, вызванные амфетаминами

292.89 Интоксикация амфетаминами • с нарушениями восприятия

292.00 Синдром отмены амфетаминов

292.81 Интоксикационный делирий, связанный с употреблением амфетаминов

292.xx Психотическое расстройство, вызванное амфетаминами

.11 С бредом

.12 С галлюцинациями

292.84 Расстройство настроения, вызванное амфетаминами

292.89 Тревожное расстройство, вызванное амфетаминами

292.89 Сексуальная дисфункция, вызванная амфетаминами

292.89 Расстройство сна, вызванное амфетаминами

292.9 Расстройство, связанное с употреблением амфетаминов неуточнённое

Справочник 493

Расстройства, связанные с употреблением кофеина

Расстройства, вызванные кофеином

305.90 Интоксикация кофеином

292.89 Тревожное расстройство, вызванное кофеином[']

292.89 Расстройство сна, вызванное кофеином[']

292.9 Расстройство, связанное с употреблением кофеина неуточнённое
 Расстройства, связанные с употреблением каннабиса
 Расстройства, связанные с привыканием к каннабису
 304.30 Зависимость от каннабиса 305.20 Злоупотребление каннабисом
 Расстройства, вызванные каннабисом
 292.89 Интоксикация каннабисом
 • с нарушениями восприятия
 292.81 Интоксикационный делирий, связанный с употреблением каннабиса
 292.xx Психотическое расстройство, вызванное каннабисом
 .11 С бредом1
 .12 С галлюцинациями1
 292.89 Тревожное расстройство, вызванное каннабисом1
 292.9 Расстройство, связанное с употреблением каннабиса, неуточнённое
 Расстройство, связанное с употреблением кокаина
 Расстройства, связанные с привыканием к кокаину
 304.20 Зависимость от кокаина 305.60 Злоупотребление кокаином
 Расстройства, вызванные кокаином
 292.89 Интоксикация кокаином
 • с нарушениями восприятия 292.0 Синдром отмены
 292.81 Интоксикационный делирий, связанный с употреблением кокаина
 292.xx Психотическое расстройство, вызванное кокаином
 .11 С бредом1 .12 С галлюцинациями1 292.84 Расстройство
 настроения, вызванное кокаином1"
 292.89 Тревожное расстройство, вызванное кокаином '
 292.89 Сексуальная дисфункция, вызванная кокаином '
 292.89 Расстройство сна, вызванное кокаином '•"
 292.9 Расстройство, связанное с употреблением кокаина, неуточнённое
 Расстройства, связанные с употреблением галлюциногенов
 Расстройства, связанные с привыканием к галлюциногенам
 304.50 Зависимость от галлюциногенов'
 305.30 Злоупотребление галлюциногенами
 494 Глава 28
 Расстройства, вызванные галлюциногенами
 292.89 Интоксикация галлюциногенами 292.89 Стойкое расстройство
 восприятия, вызванное галлюциногенами («стоп-кадры»)
 292.81 Интоксикационный делирий, связанный с употреблением галлю-
 циногенов
 292.XX Психическое расстройство, вызванное галлюциногенами
 .11 С бредом'
 .12 С галлюцинациями'
 292.84 Расстройство настроения, вызванное галлюциногенами'
 292.89 Тревожное расстройство, вызванное галлюциногенами'
 292.89 Сексуальная дисфункция, вызванная галлюциногенами'
 292.89 Расстройство сна, вызванное галлюциногенами'"
 292.9 Расстройство, связанное с употреблением галлюциногенов, не-
 уточнённое
 Расстройства, связанные с употреблением ингалянтов
 Расстройства, связанные с привыканием к ингалянтам
 304.60 Зависимость от ингалянтов2
 305.90 Злоупотребление ингалянтами
 Расстройства, вызванные ингалянтами
 292.89 Интоксикация ингалянтами
 292.81 Интоксикационный делирий, связанный с употреблением инга-
 лянтов
 292.82 Стойкая деменция, вызванная ингалянтами
 292.XX Психотическое расстройство, вызванное ингалянтами

.11 С бредом¹
.12 С галлюцинациями'
292.84 Расстройство настроения, вызванное ингалянтами'
292.89 Тревожное расстройство, вызванное ингалянтами'
292.9 Расстройство, связанное с употреблением ингалянтов неуточнённое
Расстройства, связанные с употреблением никотина
Расстройства, связанные с привыканием к никотину
305.10 Зависимость от никотина"
Расстройства, вызванные никотином
292.0 Синдром отмены никотина 292.9 Расстройство, связанное с употреблением никотина, неуточнённое
Расстройства, связанные с употреблением опиатов
Расстройства, связанные с привыканием к опиатов
304.00 Зависимость от опиатов² 305.50 Злоупотребление опиатов
Расстройства, вызванные опиатов
292.89 Интоксикация опиатов
• с нарушениями восприятия 292.0 Синдром отмены опиатов
292.81 Интоксикационный делирий, связанный с употреблением опиатов
292.XX Психотическое расстройство, вызванное опиатов
.11 С бредом'
Справочник 495
.12 С галлюцинациями¹
292.84 Расстройство настроения, вызванное опиатами'
292.89 Тревожное расстройство, вызванное галлюциногенами'
292.89 Сексуальная дисфункция, вызванная опиатами¹
292.89 Расстройство сна, вызванное опиатами^{1*}
292.9 Расстройство, связанное с употреблением опиатов, неуточнённое
Расстройства, связанные с употреблением фенилциклидина (или веществ, сходных по воздействию с фенилциклидином)
Расстройства, связанные с привыканием к фенилциклидину
304.90 Зависимость от фенилциклидина³
305.90 Злоупотребление фенилциклидином
Расстройства, вызванные фенилциклидином
292.89 Интоксикация фенилциклидином • с нарушениями восприятия
292.81 Интоксикационный делирий, связанный с употреблением фенилциклидина
292.xx Психотическое расстройство, вызванное фенилциклидином
.11 С бредом
.12 С галлюцинациями
292.84 Расстройство настроения, вызванное фенилциклидином
292.89 Тревожное расстройство, вызванное фенилциклидином
292.9 Расстройство, связанное с употреблением фенилциклидина, неуточнённое
Расстройства, связанные с употреблением седативных, снотворных или анксиолитических средств
Расстройства, связанные с привыканием к седативным, снотворным или анксиолитическим средствам
304.10 Зависимость от седативных, снотворных или анксиолитических средств
305.40 Злоупотребление седативными, снотворными или анксиолитическими средствами
Расстройства, вызванные седативными, снотворными или анксиолитическими средствами
292.89 Интоксикация седативными, снотворными или анксиолитическими средствами
292.0 Синдром отмены седативных, снотворных или анксиолитических средств

- с нарушениями восприятия 292.81 Интоксикационный делирий, связанный с употреблением седативных, снотворных или анксиолитических средств
- 292.81 Синдром отмены седативных, снотворных или анксиолитических средств с делирием
- 292.82 Стойкая деменция, вызванная седативными, снотворными или анксиолитическими средствами
- 292.83 Стойкое амнестическое расстройство, вызванное седативными, снотворными или анксиолитическими средствами
- 292.xx Психотическое расстройство, вызванное опиатами
- .11 С бредом"*
- .12 С галлюцинациями1 *
- 496 Глава 28
- 292.84 Расстройство настроения, вызванное седативными, снотворными или анксиолитическими средствами""
- 292.89 Тревожное расстройство, вызванное седативными, снотворными или анксиолитическими средствами1"
- 292.89 Сексуальная дисфункция, вызванная седативными, снотворными или анксиолитическими средствами'*
- 292.89 Расстройство сна, вызванное седативными, снотворными или анксиолитическими средствами'w
- 292.9 Расстройство, связанное с употреблением седативных, снотворных или анксиолитических средств неуточнённое
- Расстройство, связанное с употреблением нескольких психоактивных веществ
- 304.80 Зависимость от нескольких психоактивных веществ
- Расстройство, связанное с употреблением других (или неизвестных) психоактивных веществ
- Расстройства, связанные с привыканием к другим (или неизвестным) психоактивным веществам
- 304.90 Зависимость от другого (или неизвестного) психоактивного вещества
- 305.90 Злоупотребление другим (или неизвестным) психоактивным веществом
- Расстройства, вызванные другими (или неизвестными) психоактивными веществами
- 292.89 Интоксикация другим (или неизвестным) психоактивным веществом
- с нарушениями восприятия
- 292.0 Синдром отмены другого (или неизвестного) психоактивного вещества
- с нарушениями восприятия
- 292.81 Делирий, вызванный другим (или неизвестным) психоактивным веществом
- 292.82 Стойкая деменция, вызванная другим (или неизвестным) психоактивным веществом
- 292.83 Стойкое амнестическое расстройство, вызванное другим (или неизвестным) психоактивным веществом
- 292.XX Психическое расстройство, вызванное другим (или неизвестным) психоактивным веществом
- .11 С бредом1"
- .12 С галлюцинациями'*
- 292.84 Расстройство настроения, вызванное другим (или неизвестным) психоактивным веществом
- 292.89 Тревожное расстройство, вызванное другим (или неизвестным) психоактивным веществом
- 292.89 Сексуальная дисфункция, вызванная другим (или неизвестным) психоактивным веществом
- 292.89 Расстройство сна, вызванное другим (или неизвестным) психоактивным веществом

292.9 Расстройство, связанное с употреблением других (или неизвестных) психоактивных веществ, неуточнённое

Справочник 497

Шизофрения и другие психические расстройства

295.XX Шизофрения

Следующая классификация продолжительности заболевания применима ко всем типам шизофрении:

Эпизодическое течение с межприступными резидуальными симптомами (с выраженными негативными симптомами); эпизодическое течение без межприступных резидуальных симптомов; непрерывное течение с выраженными негативными симптомами

Отдельный эпизод в частичной ремиссии (с выраженными негативными симптомами; отдельный эпизод в полной ремиссии)

Другой или неуточнённый тип

.30 Параноидная шизофрения

.10 Дезорганизованная шизофрения

.20 Кататоническая шизофрения

.90 Недифференцированная шизофрения

.60 Резидуальная шизофрения 295.40 Шизофрениформное расстройство

- без благоприятных прогностических признаков/с благоприятными прогностическими признаками

295.70 Шизоаффективное расстройство

- биполярное /депрессивное 297.1 Бредовое расстройство

- эротоманический бред/бред величия/бред ревности/бред преследования/ипохондрический бред/смешанный тип/не-уточнённый тип

298.8 Кратковременное психическое расстройство

- с выраженным воздействием стрессора(ов)/без выраженного воздействия стрессора(ов)/ с послеродовым началом

297.3 Индуцированное психическое расстройство

293.XX Психическое расстройство, обусловленное... [укажите название соматического или неврологического заболевания]

.81 С бредом .82 С галлюцинациями ____ Психическое расстройство, вызванное психоактивным веществом (коды специфических веществ указаны в разделе «Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ»)

- с началом в период интоксикации/с началом в период отмены

298.9 Психическое расстройство, не-уточнённое

Расстройства настроения

При указании кода большого депрессивного расстройства или биполярного расстройства I типа следует использовать одно из следующих цифровых обозначений:

1 = лёгкое

2 = умеренное

3 = тяжёлое без психотических симптомов

4 = тяжёлое с психотическими симптомами

- с соответствующими настроению психотическими симптомами/с не соответствующими настроению психотическими симптомами

5 = в частичной ремиссии

6 = в полной ремиссии 0 = неуточнённое

498 Глава 28

Следующие уточнения используются, если эпизод расстройства настроения является текущим или последним:

аТяжесть/хроническое/сс симптомами KaTaTOHn/dc симптомами меланхолии/ с атипичными симптомами/'с послеродовым началом

Следующие уточнения могут использоваться при определении диагноза расстройства настроения:

«С полным или с частичным выздоровлением между эпизодами/сезонного характера/с быстрым чередованием эпизодов

Депрессивные расстройства

296.xx Большое депрессивное расстройство

.2x Единичный эпизод Me' .3x РеКурреНТНоеabcdelgh 300.4

Дистимическое расстройство

- с ранним началом/с поздним началом
- с атипичными симптомами

311 Депрессивное расстройство не-уточненное

Биполярные расстройства

296.XX Биполярное расстройство I типа

.0x Единичный маниакальный эпизод с(

- смешанного характера

Последний гипоманиакальный эпизод 8"11

Последний маниакальный эпи-

.40 .4x .6x .5x

30Aa,c,i,g,h,i

Последний эпизод смешанного характера "0'811'

Последний депрессивный эпи-

296.89 Биполярное расстройство II типа *b.cd.e.i.g,h,i

- (текущий или последний эпизод): гипоманиакальный/депрессивный

301.13 Циклотимическое расстройство

296.80 Биполярное расстройство, не уточнённое

293:83 Расстройство настроения, обусловленное... [укажите название соматического или неврологического заболевания]

- с депрессивными симптомами/ с большим депрессивным эпизодом/с маниакальными симптомами/со смешанной симптоматикой

_____ Расстройство настроения, вызванное психоактивным веществом (коды специфических веществ указаны в разделе «Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ»)

- с депрессивными симптомами/ с маниакальными симптомами/со смешанными симптомами
- с началом в период интоксикации/с началом в период отмены

296.60 Расстройство настроения не уточнённое

.7 Последний эпизод не уточнённый

Справочник 499

Тревожные расстройства

300.1 Паническое расстройство без агорафобии

300.21 Паническое расстройство с агорафобией

300.22 Агорафобия без панического расстройства в анамнезе

300.29 Специфическая фобия

- Боязнь животных/боязнь естественных явлений окружающего мира/боязнь вида крови, инъекции, травмы/боязнь определённой ситуации/другой тип

300.23 Социальная фобия

- Генерализованная

300.3 Обсессивно-компульсивное расстройство

- с нарушением адекватной самооценки

309.81 Посттравматическое стрессовое расстройство

- острое/хроническое

- с отставленным началом 308.3 Острая реакция на стресс

300.02 Генерализованное тревожное расстройство

293.89 Тревожное расстройство, обусловленное... [укажите название соматического или неврологического заболевания]

- с генерализованной тревогой/ с паническими приступами/с обсессивно-компульсивными симптомами

_____ Тревожное расстройство, вызванное психоактивным веществом-(коды специфических веществ указаны в разделе «Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ»)

- с генерализованной хревойгой/ с паническими приступами/с обсессивно-компульсивными симптомами/с фобическими симптомами

- с началом в период интоксикации/с началом в период отмены

300.00 Трвожное расстройство неуточ-ненное

Соматоформные расстройства

300.81 Соматизированное расстройство

300.81 Недифференцированное сомато-формное расстройство

300.11 Конверсионное расстройство

- с моторными симптомами или нарушениями/с сенсорными симптомами или нарушениями/с припадками/со смешанной клинической картиной

307.xx Стойкое соматоформное болевое расстройство

.80 Связанное с психологическими факторами

.89 Связанное с психологическими факторами и соматическим или неврологическим заболеванием

- острое/хроническое 300.7 Ипохондрия

- с нарушением адекватной самооценки

300.7 Дисморфобическое расстройство

300.81 Соматоформное расстройство неуточненное

500 Глава 28

Имитируемые расстройства

300.x Имитируемое

x расстройство

.16 С преобладанием психологичес-ких признаков и симптомов

.19 С преобладанием соматических признаков и симптомов

.19 С сочетанием психологических и физических признаков и симп-томов

300.1 Имитируемое

9 расстройство не-уточненное

Диссоциативное расстройство

301.12 Диссоциативная амнезия

301.13 Диссоциативная фуга

301.14 Диссоциативное расстройство идентификации

300.6 Деперсонализационное расстройство

300.15 Диссоциативное расстройство неуточненное

Сексуальные дисфункции и расстройства половой идентификации

Сексуальные дисфункции

Следующие уточнения используются при определении диагноза всех первичных сексуальных дисфункций:

Врождённая / приобретённая Генерализованная /ситуационная

Обусловленная психологическими факторами/обусловленная сочетанием

различных факторов

Расстройства сексуального влечения

302.71 Снижение сексуального влечения

302.79 Расстройство, связанные с отвращением к сексу

Расстройство сексуального возбуждения

302.72 Расстройство сексуального возбуждения у женщин

302.72 Расстройство эрекции у мужчин

Оргазмические расстройства

302.73 Оргазмическое расстройство у женщин

302.74 Оргазмическое расстройство у мужчин

302.75 Преждевременная эякуляция

Сексуальные болевые расстройства

302.76 Диспареуния (не обусловленная соматическим или неврологическим заболеванием)

306.51 Вагинизм (не обусловленный соматическим или неврологическим заболеванием)

Сексуальная дисфункция, обусловленная соматическим или неврологическим заболеванием

625.8 Снижение сексуального влечения у женщин... [укажите название соматического или неврологического заболевания]

608.89 Снижение сексуального влечения у мужчин...

[укажите название соматического или неврологического заболевания]

607.84 Расстройство эрекции у мужчин... [укажите название соматического или неврологического заболевания]

625.0 Диспареуния у женщин, обусловленная... [укажите название соматического или неврологического заболевания]

608.89 Диспареуния у мужчин, обусловленная... [укажите название со-

Справочник 501

матического или неврологического заболевания]

625.8 Другая сексуальная дисфункция у женщин, обусловленная...

[укажите название соматического или неврологического заболевания]

608.89 Другая сексуальная дисфункция у мужчин, обусловленная...

[укажите название соматического или неврологического заболевания]

____ Сексуальная дисфункция, вызванная психоактивным веществом (коды специфических веществ указаны в разделе «Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ»)

- с нарушением влечения/с нарушением возбуждения/с нарушением оргазма/с болевыми ощущениями при сексуальном контакте

- с началом в период интоксикации

302.70 Сексуальная дисфункция неуточ-

ненное

Парафилии

302.4 Эксгибиционизм

302.8 Фетишизм

1

302.8 Фроттаризм

9

302.2 Педофилия

- сексуальное влечение

к детям

мужского

пола/сексуальное влечение к

детям женского

пола/

сексуальное влечение к

детям

- мужского и женского пола
 - ограничена инцестом
 - эксклюзивный тип /не эксклю- зивный тип
- 302.8 Сексуальный мазохизм
- 3
- 302.84 Сексуальный садизм
- 302.3 Фетишистский трансвестизм
 - с ощущением дискомфорта, связанным со своей половой принадлежностью
- 302.82 Вуайеризм
- 302.9 Парафилия неуточненное
- Расстройства половой идентификации
- 302.xx Расстройство половой идентификации
- .6 у детей
- .85 у подростков и взрослых
 - сексуальное влечение к лицам мужского пола/сексуальное влечение к лицам женского пола/ сексуальное влечение к лицам мужского и женского пола
- 302.6 Расстройство половой идентификации неуточненное
- 302.9 Сексуальное расстройство неуточненное
- Расстройства пищевого поведения
- 307.1 Нервная анорексия
 - ограниченный тип/тип с приступами переедания и искусственным опорожнением кишечника
- 307.51 Нервная булимия
 - с искусственным выведением пищи/без искусственного выведения пищи
- 307.50 Расстройство приёма пищи неуточненное
- 502 Глава 28
- Расстройства сна
- Первичные расстройства сна Диссомнии
- 307.42 Первичная инсомния 307.44 Первичная гиперсомния
 - рекуррентная 347 Нарколепсия
- 780.59 Расстройство сна, связанное с дыханием
- 307.54 Расстройство циркадианного ритма сна и бодрствования
 - тип с замедлением фаз сна/ тип, связанный с перелётом на самолёте/тип, связанный со сменной работой/неопределенный тип
- 307.47 Диссомния неуточненная
- Парасомнии
- 307.47 Расстройство в виде кошмарных сновидений
- 307.46 Расстройство в виде ночных ужасов
- 307.46 Снохождение
- 307.47 Парасомния неуточненная
- Расстройства сна, связанные с другим психическим расстройством
- 307.42 Инсомния, связанная с... [укажите название расстройства на оси I или на оси II]
- 307.44 Гиперсомния, связанная с... [укажите название расстройства на оси I или расстройства на оси II]
- Другие расстройства сна
- 780.xx Расстройство сна, обусловленное... [укажите название соматического или неврологического заболевания]
- .52 Инсомния
- .54 Гиперсомния
- .59 Парасомния
- .59 Смешанный тип

._ Расстройство сна, вызванное психоактивным веществом (коды специфических веществ указаны в разделе «Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ»)

- инсомния/гиперсомния/пара-сомния/смешанный тип
- с началом в период интоксикации/с началом в период отмены

Расстройства импульсивного контроля, нигде больше не классифицированные

312.34 Перемежающееся взрывчатое расстройство

312.32 Клептомания

312.33 Пиромания

312.31 Патологическое влечение к азартным играм

312.39 Трихотилломания

312.30 Расстройство импульсивного контроля неуточнённое

Расстройства адаптации

30Э.хх Расстройство адаптации .0 С депрессивным настроением .24

С тревогой

.28 С тревогой и депрессивным настроением

.3 С нарушением поведения

.4 С нарушением эмоций и поведения

.9 Неуточнённое

- острое/хроническое

Справочник 503

Расстройства личности

Замечание: Кодированы на оси II.

301.0 Параноидное расстройство личности

301.20 Шизоидное расстройство личности

301.22 Шизотипическое расстройство личности

301.7 Антиобщественное расстройство личности

301.83 Пограничное расстройство личности

301.50 Гистрионное расстройство личности

301.81 Нарциссическое расстройство личности

301.82 Уклоняющееся (избегающее) расстройство личности

301.6 Зависимое расстройство личности

301.4 Обсессивно-компульсивное расстройство личности

301.9 Расстройство личности неуточнённое

Прочие состояния, которые могут иметь клинические симптомы

Психологические факторы, влияющие на соматическое состояние

316 ... [Уточнённый психологический фактор]

Влияющий на... [укажите название соматического или неврологического заболевания]

Выбирать название следует, основываясь на следующих факторах:

Психическое расстройство, влияющие на соматическое или неврологическое заболевание

Психологические симптомы, влияющие на соматическое или неврологическое заболевание

Особенности личности или механизмы психологической защиты, влияющие на соматическое или неврологическое заболевание

Дезадаптивные модели поведения, связанные со здоровьем, влияющие на соматическое или неврологическое заболевание

Физиологический ответ, связанный со стрессом, влияющий на соматическое или неврологическое заболевание

Другие или неуточнённые психологические факторы, влияющие на соматическое или неврологическое заболевание

Расстройства движения, связанные с воздействием лекарственных средств

332.1 Паркинсонизм, вызванный нейролептиками

333.92 Злокачественный нейролептический синдром

333.7 Острая дистония, вызванная нейрорептиками
 333.99 Острая акатизия, вызванная нейрорептиками
 333.82 Поздняя дискинезия, вызванная нейрорептиками
 333.1 Постуральный тремор, связанный с воздействием лекарственных средств
 333.90 Расстройство движения, связанное с воздействием лекарственных препаратов, неуточненное
 504 Глава 28
 Другие расстройства, связанные с воздействием лекарственных средств
 995.2 Нежелательные эффекты лекарственных средств неуточненные
 Проблемы, связанные с взаимоотношениями
 V61.9 Проблемы взаимоотношений, связанные с соматическим или неврологическим заболеванием.
 V61.20 Проблемы взаимоотношений родитель-ребёнок.
 V61.1 Проблемы взаимоотношений супругов.
 V61.8 Проблемы взаимоотношений сибсов.
 V62.81 Проблемы взаимоотношений неуточненные
 Проблемы, связанные с плохим обращением, пренебрежением и насилием
 V61.21 Физическое насилие в отношении ребёнка (код 995.5, если в центре внимания жертва)
 V61.21 Сексуальное насилие в отношении ребёнка (код 995.5, если в центре внимания жертва)
 V61.21 Пренебрежение в отношении ребёнка (код 995.5, если в центре внимания жертва)
 V61.1 Физическое насилие в отношении взрослого (код 995.81, если в центре внимания жертва)
 V61.1 Сексуальное насилие в отношении взрослого (код 995.81, если в центре внимания жертва)
 Дополнительные состояния, которые могут иметь клинические симптомы
 V15.81 Отказ от лечения V65.2 Симуляция
 V71.01 Антисоциальное поведение у взрослых
 V72.01 Антисоциальное поведение у детей или подростков
 V62.89 Пограничная интеллектуальная недостаточность
 Замечание. Кодироваться на оси II.
 780.9 Связанное с возрастом ухудшение когнитивных функций
 V62.82 Тяжёлая утрата
 V62.3 Проблемы в учёбе
 V62.2 Проблемы на работе
 313.82 Проблемы личности
 V62.89 Религиозные или духовные проблемы
 V62.4 Проблемы культуральной адаптации
 V62.89 Проблемы, связанные с определённым периодом жизни
 Дополнительные коды
 300.9 Неуточнённое психическое расстройство (не психотическое)
 V71.09 Отсутствие диагноза или заболевания на оси I
 799.9 Наличие диагноза или заболевания на оси I
 V71.09 Отсутствие диагноза на оси II
 799.9 Наличие диагноза или заболевания на оси II
 Многоосевая система
 Ось I Клинические расстройства
 Прочие состояния, которые могут иметь клинические симптомы
 Ось II Расстройства личности Умственная отсталость
 Ось III Соматические или неврологические заболевания
 Ось IV Психосоциальные проблемы и проблемы, связанные со средой проживания
 OsbV Общая оценка жизнедеятельности

V. АВТОРСКИЙ СПРАВОЧНИК

Alzheimer Alois — Альцгеймер Алоиз (Альцхаймер Алоис), немецкий врач, 1864-1915 Bayle Antoine L.J. — Бейль, французский врач, 1799-1858

Freud Sigmund — Фрейд Зигмунд (Фройд Зигмунд), австрийский невропатолог и психиатр, 1856-1939 Jung Carl Gustav — Юнг Карл Густав, швейцарский психиатр и психолог, 1875-1961

ОТ РЕДАКТОРОВ

«Краткий психологический словарь» является вторым (расширенным, исправленным и дополненным) изданием словаря, выпущенного Политиздатом в 1985 г. Рассчитан на широкий круг читателей, интересующихся проблематикой психологии и ее многочисленных отраслей, включает 1162 статьи, в том числе 170 персоналий отечественных и зарубежных ученых.

Статьи словаря отражают содержание основных разделов психологической науки, в нем также представлена терминология, принятая в новейших теоретических и практических исследованиях, что позволяет ему быть информативным для специалистов-психологов, студентов и аспирантов гуманитарных вузов.

В словаре применяются обычные для справочного издания сокращения, связи между статьями осуществляются посредством терминов, выделенных курсивом.

Редакторы словаря выражают глубокую благодарность директору Психологического института Российской академии образования (ПИ РАО), профессору В. В. Рубцову, и Российскому гуманитарному научному фонду (РГНФ) за поддержку, благодаря которой стало возможным подготовить и выпустить в свет данное издание. Словарь подготовлен в рамках проекта «Психологическая энциклопедия» (проект № 96-03-04320) и проекта «Информационное и телекоммуникационное обеспечение Психологической энциклопедии» (проект № 96-03-12062) при финансовой поддержке РГНФ.

В подготовке рукописи принимали участие О. В. Каекин, А. И. Сокова (компьютерное обеспечение), Е. Ю. Уварина и И. Р. Айрапетян, которым редакторы также выражают свою благодарность.

Редакторы и авторский коллектив будут признательны читателям за отзывы, пожелания и критические замечания.

АБРАХАМ (Abraham) Карл (1877-1925) — немецкий психиатр и психоаналитик (см. Психоанализ). Способствовал превращению Берлина в международный психоаналитический центр. Исследовал развитие либидо, маниакальную депрессию, причины враждебности женщин по отношению к мужчинам, детские фобии, мифы, символы, сновидения, роль сексуальности в развитии личности и возникновении психических заболеваний. По оценке З. Фрейда, первым сформулировал идею нарциссизма и был «одним из выдающихся» психоаналитиков.

АБСТИНЕНЦИЯ (от лат. abs — из-за, teneo — держаться) — состояние, возникающее в результате прекращения действия алкоголя или наркотиков при внезапном перерыве в их приеме. Нередко термин «А.» ошибочно приравнивают к похмельному абстинентному синдрому, в то время как речь идет о более тяжелых состояниях, соответствующих второй (развернутой) стадии алкоголизма, возникающих после 2—16 лет регулярного употребления алкоголя. Клиническая картина и течение А. зависит от природы наркотического вещества или алкоголя, его доз и продолжительности употребления. Характерными проявлениями А. являются головная боль, головокружение, сухость во рту, тахикардия, иногда тошнота, угнетенное настроение, часто сопровождающееся идеями самообвинения и раскаяния, резкой физической слабостью, повышенной внушаемостью, потребностью в принятии алкоголя или наркотика и др. Возможно присоединение

бессонницы, пугливости, тревожности, суицидальных тенденций (см. Суицид), а также развитие алкогольной эпилепсии.

АБСТРАКЦИЯ (от лат. *abstractio* — отвлечение) — одна из основных операций мышления, состоящая в том, что субъект, вычленив какие-либо признаки изучаемого объекта, отвлекается от остальных. Результатом этого процесса является построение умственного продукта (понятия, модели, теории, классификации и др.), который также обозначается термином «А.».

АБУЛИЯ (от греч. *abule* — безволие) — патологическое нарушение психической регуляции действий, проявляющееся в частичном или полном отсутствии желаний, инициативы, побуждений к деятельности, в неспособности принять решение (см. Принятие решений) и осуществить нужное действие, хотя необходимость его может осознаваться. А. следует отличать от слабоволия как черты характера, вызванной неправильным воспитанием и устранимой направленной тренировкой (см. Воля, Саморегуляция). В психопатологии различают врожденную А., сопровождающую глубокие степени олигофрении (см. Олигофренопсихология), и приобретенную А., являющуюся результатом обширных травм лобных долей мозга или тяжелых психических заболеваний (депрессии, шизофрении, психозов, запущенных форм наркомании и т. гг.).

АВГУСТИН (354-430) — религиозный мыслитель. В центре учения А. находится идея о духовной активности личности, воля которой управляет как телесными, так и психическими процессами (ощущением, памятью, мышлением и др.); физиологический субстрат этих процессов (органы чувств и мозг) используется личностью в качестве орудия познания. Согласно А., все истинное знание изначально заложено в душе, которая живет и движется в Боге.

АВИАЦИОННАЯ ПСИХОЛОГИЯ — отрасль психологии, изучающая психологические закономерности трудовой деятельности авиационных специалистов. Предмет А. п. — психика человека, управляющего сложными авиационными системами. Объект А. п. — деятельность индивида и коллектива, ее содержание, условия, организация. Субъект А. п. — летный и инженерно-технический состав, специалисты УВД.

АВСТРИЙСКАЯ (Грацская) ШКОЛА — группа исследователей (Х. Эренфельс, С. Витасек, В. Бенусси и др.), работавших с 80-х гг. XIX в. по 10-е гг. XX в. преимущественно в Грацском университете под руководством философа и психолога А. Мейнонга, основавшего первую в Австрии лабораторию экспериментальной психологии в 1894 г. и развивавшего в теоретическом плане идеи своего

непосредственного учителя Ф. Brentano. А. (Г.) и известна прежде всего постановкой и теоретико-экспериментальной разработкой поставленной Х. Эренфельсом проблемы целостности сознания, который ввел в психологическую науку термин «гештальт-качество» для обозначения целостности психического образа (т. е. несводимости его свойств к сумме свойств составляющих его ощущений) и сознания в целом.

АВТОМАТИЗМ (в психологии) (от греч. *automatus* — самодействующий) — действие, реализуемое без непосредственного участия сознания. Различаются «первичные» А., представляющие собой функционирование врожденных, безусловно-рефлекторных программ, и «вторичные» А., образующиеся прижизненно. При «вторичных» А. устанавливается жесткая однозначная связь между определенными свойствами ситуаций и серией последовательных операций, требовавших прежде сознательной ориентировки.

АВТОРИТАРНОСТЬ (от лат. *autoritas* — влияние, власть) — социально-психологическая характеристика личности, отражающая ее стремление максимально подчинить своему влиянию партнеров по взаимодействию и общению. А. связана с такими личностными чертами, как агрессивность (см. Агрессия), завышенная самооценка и уровень притязаний, склонность к следованию

стереотипам, слабая рефлексия и т. п. На поведенческом уровне А. нередко проявляется в стремлении индивида во чтобы то ни стало добиться доминирования в группе, занять максимально высокое положение, опираясь при этом не столько на свои личные достоинства, достижения, сколько на преимущества своей ролевой позиции (см. Роль). Наиболее ярко А. проявляется в автократическом давлении руководителя (лидера) на подчиненных (ведомых), устранении других людей от участия в решении важнейших вопросов, как стратегических, так и тактических. Такой руководитель строго контролирует решение любой задачи, жестко пресекает инициативу членов группы, видя в ней акт своеволия и посягательство как на его личный авторитет, так и на авторитет той власти, представителем которой в данной общности он себя воспринимает. АВТОРИТЕТ (от лат. *autoritas* — влияние, власть) —

1) влияние индивида, основанное на занимаемом им положении, должности, статусе (см. Статус социальный) и т. д.;

2) признание за индивидом права на принятие ответственного решения в условиях совместной деятельности. В первом значении понятие «А.» в социальной психологии нередко соотносится с представлением о власти. Во втором значении А- может и не совпадать с властью — им может пользоваться индивид, не наделенный соответствующими полномочиями, но являющийся своего рода нравственным эталоном и в силу этого обладающий высокой степенью референтности для окружающих. А. такого индивида обусловлен его идеальной представленностью в сознании других (см. Отраженная субъектность) и значимостью преобразований, которые он осуществил своей деятельностью.

АГГРАВАЦИЯ (от лат. *aggravatio* — отягощение, утяжеление) — преувеличение тяжести симптомов реально существующего заболевания или болезненности состояния. К А. склонны люди с истероидной акцентуацией (см. Акцентуация характера), страдающие психопатическими заболеваниями, а также лица пожилого возраста, имеющие выраженные изменения психики. А. следует отличать от симуляции, при которой из корыстных побуждений демонстрируются признаки на самом деле отсутствующего заболевания.

АГНОЗИЯ (от греч. *a* — отрицательная частица и *gnosis* — знание) — нарушение различных видов восприятия, возникающее при определенных поражениях мозга. Различают:

1) зрительные А., проявляющиеся в том, что человек при сохранении достаточной остроты зрения не может узнавать предметы и их изображения;

2) тактильные А., проявляющиеся в виде расстройств опознания предметов на ощупь (астереогнозия) или в нарушении узнавания частей собственного тела, в нарушении представления о схеме тела (соматоагнозия);

3) слуховые А., проявляющиеся в нарушении фонематического слуха, т. е. способности различать звуки речи, что приводит к ее расстройству (см. Афазия), или в нарушениях способности узнавать знакомые мелодии, звуки, шумы (при сохранении элементарных форм слуха).

АГРАФИЯ (от греч. *a* — отрицательная частица и *грако* — пишу) — нарушения письма, возникающие при различных расстройствах речи. Проявляются либо в полной утрате способности писать, либо в грубом искажении слов, пропусках слогов и букв, неспособности соединять буквы и слоги в слова и т. д. А. у детей — одно из проявлений общего недоразвития речи, связанного с органическим недоразвитием мозга; может наблюдаться и при расстройствах речи, связанных с нарушением звукового анализа слов вследствие тугоухости или глухоты. А. у взрослых — одно из проявлений афазии.

АГРЕССИЯ (от лат. *aggredi* — нападать) — целенаправленное деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам сосуществования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), причиняющее физический вред людям или вызывающее у

них отрицательные переживания, состояние напряженности (см. Напряженность психическая), страха, подавленности и т. д. А. объединяет такие разнообразные акты поведения, как злые шутки, сплетни, враждебные фантазии, деструктивные формы поведения, вплоть до убийств и самоубийств. А. действия могут выступать как средство достижения какой-либо цели (инструментальная А.), как способ психической разрядки, замещения удовлетворения блокированной потребности и переключения деятельности, как форма самореализации и самоутверждения. Выделяются следующие виды А.:

- 1) физическая А. (нападение) — использование физической силы против другого лица или объекта;
- 2) вербальная — выражение негативных чувств как через форму (ссора, крик, визг), так и через содержание вербальных реакций (угроза, проклятия, ругань);
- 3) прямая А. — непосредственно направленная против какого-либо объекта или субъекта;
- 4) косвенная А. — действия, направленные окольным путем на другое лицо — злобные сплетни, шутки и т. п., а также действия, характеризующиеся ненаправленностью и неупорядоченностью — взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топание ногами, битье кулаками по столу и т. п.;
- 5) аутоагрессия — проявляющаяся в самообвинении, самоуничижении, нанесении себе телесных повреждений и самоубийстве;
- 6) враждебная А. — выражается в действиях, целью которых является причинение вреда объекту А.;
- 7) инструментальная А., являющаяся средством достижения какой-либо цели.

АДАПТАЦИОННЫЙ СИНДРОМ (от греч. syndrome — стечение) — совокупность

адаптационных реакций организма человека, и животных, носящих общий защитный характер и возникающих в ответ на значительные по силе и продолжительности неблагоприятные воздействия (стрессоры). Функциональное состояние, развивающееся под действием стрессоров, называется стрессом. Понятие «А. с.» было предложено в 1936 г. канадским физиологом Г. Селье.

АДАПТАЦИЯ (от лат. adapto — приспособляю) — приспособление строения и функций организма, его органов и клеток к условиям среды. Процессы А. направлены на сохранение гомеостаза. А. — одно из центральных понятий биологии, широко применяется как теоретическое понятие в тех психологических концепциях, которые подобно гештальт-психологии и теории интеллектуального развития, разработанной швейцарским психологом Ж. Пиаже, трактуют взаимоотношения индивида и его окружения как процессы гомеостатического уравнивания. Изменения, сопровождающие А, затрагивают все уровни организма: от молекулярного до психологической регуляции деятельности. Решающую роль в успешности А. к экстремальным условиям играют процессы тренировки, функциональное, психическое и моральное состояние индивида.

АДАПТАЦИЯ СЕНСОРНАЯ (от лат. sensus — чувство, ощущение) — приспособительное изменение чувствительности к интенсивности действующего на орган чувств раздражителя; может проявляться также в разнообразных субъективных эффектах (см. Последовательный образ). А. с. может достигаться за счет увеличения или уменьшения абсолютной чувствительности (например, зрительная темновая и световая адаптация).

АДАПТАЦИЯ СОЦИАЛЬНАЯ (от лат. adapto — приспособляю и socialis — общественный) — 1) постоянный процесс активного приспособления индивида к условиям социальной среды; 2) результат этого процесса. Соотношение этих компонентов, определяющее характер поведения, зависит от целей и ценностных ориентации индивида, возможностей их достижения в социальной

среде. Несмотря на непрерывный характер А. с, ее обычно связывают с периодами кардинальной смены деятельности индивида и его социального окружения.

АДАПТИВНОСТЬ—НЕ-АДАПТИВНОСТЬ — тенденции соответствия / несоответствия между целями и достигаемыми результатами активности. Адаптивность выражается в согласовании, а не адаптивность — в рассогласовании целей и результатов. Различия в трактовке целевых ориентации («целей» — в широком смысле) человека обуславливает разные варианты возможной адаптивной направленности: гомеостатический вариант (адаптивный исход здесь состоит в достижении равновесия), гедонистический вариант (адаптивный исход — наслаждение, избегание страданий), прагматический (адаптивный исход — практическая польза, успех) и т. п. Специальный анализ показывает ограниченность представлений о человеке лишь как об адаптирующемся существе, универсальность проявлений неадаптивности человека, существование не только негативных, но и позитивных проявлений неадаптивности. Неадаптивность указывает на противоречивые отношения между намерениями человека и его деяниями, замыслом и воплощением, побуждением к действию и его итогами. Это противоречие неизбежно и неустранимо («жить значит умирать», «познание есть продвижение к знанию о своем незнании», «мысль изреченная есть ложь» и т. п.). Вследствие этого неизбежен и неустраним источник движения человеческой жизни, — витальных отношений человека с миром, предметной деятельности, общения, саморефлексии (см. Рефлексия). Неадаптивность и является таким источником. Неадаптивность — не только неизбежная черта активности, но и особый мотив, направляющий развитие личности и проявляющийся в надситуативной активности — специфической привлекательности действий с не предрешенным исходом. Существованием неадаптивных мотивов объясняется «странность» некоторых действий людей, например, кажущиеся иррациональными поступки подростков, такие как «немотивированный» риск, неоправданная враждебность, постановка заведомо неразрешимых задач.

АДДИТИВНОСТЬ (от лат. additio — прибавление) — свойство величин, заключающееся в том, что сумма значений величин, соответствующих частям объекта, равна значению величины, соответствующей целому объекту. Свойством А., например, обладает величина группы, но не обладают межличностные отношения в ней или совместная деятельность.

АДЛЕР Альфред (1870-1937) — австрийский психолог, представитель психоаналитического направления в психологии. Создал научную школу «индивидуальной психологии». В своем учении А. отстаивал принцип внутреннего единства психической жизни личности, отмечал отсутствие жесткой границы и антагонизмов между сознанием и бессознательным. В объяснении человеческого поведения опирался на понимание конечной цели, к которой стремится человек, подчиняя все свои психические проявления. Согласно А., основными движущими силами развития личности выступают универсальное стремление к превосходству, успеху, совершенству и чувство общности, выражающее готовность сотрудничать с другими людьми для достижения общих целей. С недоразвитием чувства общности связываются разные формы психопатологии и социальных отклонений. А. внес вклад в разработку проблемы жизненного стиля, в теорию сновидений, в исследования неврозов; он изучал вопросы взаимоотношений разновозрастных детей в семье, влияние различных стилей воспитания на формирование личности ребенка и др.

АЖИТАЦИЯ (от фр. agitation — сильное волнение, возбужденное состояние) — аффективное состояние, человека (см. Аффект), возникающее в ответ на угрозу для жизни, аварийную ситуацию и др. психогенные факторы. А. проявляется в форме сильного двигательного возбуждения, сопровождается

тревогой, страхом, потерей целенаправленности в действиях, ускоренной малопонятной речью.

АКАЛЬКУЛИЯ (от греч. а — отрицательная частица и лат. *calcuio* — счет, вычисление) — нарушение счета и счетных операций как следствие поражения различных областей коры головного мозга.

АКСЕЛЕРАЦИЯ (от лат. *acceleratio* — ускорение) — отмечаемое за последние 100-150 лет ускорение соматического развития и физиологического созревания детей и подростков, проявляющееся в увеличении их веса и размеров тела, а также в более ранних сроках полового созревания. Это обстоятельство при сохранении традиционно сложившихся условия воспитания и норм поведения подростков (см. Нормы групповые} в отдельных случаях становится источником психологических коллизий — возникновения смысловых барьеров, конфликтов, аффективных форм поведения (см. Аффект, Барьеры смысловые). Имеются данные и об ускоренном умственном развитии детей (психологическая А.), хотя надежных статистических выводов об этом нет. Однако в последние годы появились сообщения о замедлении темпов А. Исследования и антропологические измерения зафиксировали тенденцию к уменьшению роста детей и массы их тела, "что позволило предположить возможное начало декселерации и выдвинуть гипотезу о ритмичности в характере соматического развития и физиологического созревания детей в филогенезе.

АКТИВАЦИЯ (от лат. *activus* — деятельный) — состояние нервной системы, характеризующее уровень ее возбуждения и реактивности. Следует отличать А. нервной системы в целом как ее общую характеристику от А. отдельных структур мозга. Понятие оптимального уровня А. означает максимальное соответствие состояния нервной системы поведенческому акту, вследствие чего достигается высокая эффективность его исполнения. Под индивидуальным уровнем А. понимается привычный для каждого человека уровень А., на фоне которого преимущественно к реализуется его деятельность. Индивидуальный уровень А. — природная детерминанта индивидуальности.

АКТИВНОСТИ ФИЗИОЛОГИЯ — концепция Н. А. Бернштейна, разработанная им на основа изучения движений, согласно которой активность рассматривается как существенное свойство организма животного, определяющее его поведение. А. ф. явилась принципиально новым шагом в развитии не только нейрофизиологии и психологии, но и биологии, переходом от рассмотрения организма как реактивной системы к его рассмотрению как активной системы. Активность проявляется тогда, когда запрограммированное организмом движение к определенной цели требует преодоления сопротивления среды. На это преодоление организм отпускает энергию до тех пор, пока он не восторжествует над средой либо погибнет в борьбе с ней. Как все неживые системы, окружающая организм среда всегда движется в направлении возрастания энтропии (однозначной функции состояния термодинамической системы). Организм же движется негэнтропически, добываясь и достигая понижения уровня энтропии в самом себе и оплачивая этот эффект ценой метаболического возрастания энтропии в своем окружении за счет окисления и разрушения веществ — участников энергетического метаболизма. Принцип физиологической и биологической активности альтернативен концепциям, которые имеют в основе представление о рефлекторной дуге (как для безусловного, так и для условного рефлексов). Однако стимул, являясь бесспорной причиной появления самого феномена рефлекса, ничего не говорит о генезе и значении этого рефлекса — о том, почему на этот стимул организм отвечает именно так, а не иначе. А. ф. стремится ответить на вопрос, для чего совершается реакция организма, какой потребности организма она соответствует. Жизнедеятельность организма — не уравнивание его со

средой, а активное преодоление среды, определяемое моделью потребного будущего. Активность организма строится в соответствии с вероятностным прогнозированием дальнейшего развития событий в среде и положения в ней организма.

АКТИВНОСТЬ — 1) «причинность причины» (И. Кант); 2) деятельное состояние живых организмов как условие их существования в мире. Активное существо не просто пребывает в движении, оно содержит в себе источник своего собственного движения, и этот источник воспроизводится в ходе самого движения. Речь при этом может идти о восстановлении энергии, структуры, свойств, процессов и функций живого существа, его места в мире, вообще говоря, — о воспроизведении любых измерений его жизни, если только они рассматриваются как существенные и неотъемлемые. Имея в виду это особое качество — способность к самодвижению, в ходе которого индивид воспроизводит себя, — говорят, что он выступает как субъект А. В становлении и существовании человеческого индивида как субъекта представлены такие ее проявления, как активация, безусловно - и условно-рефлекторные акты (см. Рефлекс.}, поисковая активность (см. Активность поисковая, Поисковое моделирование в поведении), произвольные акты, воля, акты свободного самоопределения и самополагания субъекта (см. Адаптивность— Неадаптивность, Активность надситуативная, Самоотрансценденции личности теория).

В соотношении с деятельностью, А, субъекта определяется как динамическое условие ее становления, реализации и видоизменения, как свойство ее собственного движения. А. характеризуется здесь такими свойствами, как спонтанность, то есть обусловленностью производимых актов спецификой внутренних состояний индивида в момент действия, в отличие от реактивности как их обусловленности предшествующей ситуацией; произвольностью, то есть обусловленностью того, что совершается, актуальной целью субъекта, в отличие от полевого поведения (см. Полнезависимость), надситуативностью, то есть выходом за границы предустановленного, в отличие от приспособительности как ограниченности действий рамками заданного; действенностью, то есть устойчивостью по отношению к реализуемой цели, в отличие от пассивности как тенденции непротивления обстоятельствам, с которыми надлежит встретиться в будущем. Феномен А. как единства спонтанности, произвольности, надситуативности и действенности не может быть осмыслен в рамках традиционной «причинно-следственной» схемы, а также согласно схеме «целевой причинности». По-видимому, необходимо выделить особый тип причинности, определяемой спецификой актуального состояния индивида в момент действия. Такая причинность может быть названа актуальной. В отличие от детерминации со стороны «прошлого» (обычные причинно-следственные отношения) или со стороны возможного «будущего» («целевая» детерминация), в данном случае подчеркивается детерминирующее значение «момента». Корректная форма описания такого типа причинности содержится в работах И. Канта — в его представлениях о «взаимодействии» (или «общении») субстанций.

АКТИВНОСТЬ ЛИЧНОСТИ — форма проявления активности,, детерминированная образом себя как причины событий, которые могли или должны были бы состояться в мире. А. л. обнаруживает себя в волевых актах (см. Воля), самоопределении и самополагании человека как источника своего существования и развития (см. Самоопределение личности); А. л. проявляется также в то: л, что своими поступками и деяниями личность «продолжает» себя в других людях, приобретая в них свою «отраженность». В отличие от общественно значимых, однако стандартизированных актов поведения человека, А. л. характеризуется тем, что человек поднимается над стандартом, — реализуя неординарные усилия для достижения общественно

заданной цели, или (и) действуя «надситуативно», то есть за пределами своих исходных побуждений и целей (см. Активность надситуативная, Я, Идея, Субъект, Персонализация. Отраженная субъектность, Трансфинитность).

АКТИВНОСТЬ НАДСИТУАТИВНАЯ — способность субъекта подниматься над уровнем требований ситуации, ставить цели, избыточные с точки зрения исходной задачи. Посредством А. н. субъект преодолевает внешние и внутренние ограничения («барьеры») деятельности (см. Установка). А. н. выступает в явлениях творчества, познавательной (интеллектуальной) активности, «бескорыстного» риска, сверхнормативной активности (см. Эффективность группы).

АКТИВНОСТЬ ПОИСКОВАЯ — поведение, направленное на изменение ситуации (или отношения к ней) при отсутствии определенного прогноза его результатов, но при постоянном учете степени его эффективности. А. п. — обязательный компонент многих типов поведения.

АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА — понятие, введенное К. Леонгардом и означающее чрезмерную выраженность отдельных черт характера и их сочетаний (см. Синдром), представляющую крайние варианты нормы, граничащие с психопатиями. А. х. отличаются от последних отсутствием одновременного проявления свойственной психопатиям триады признаков: стабильности характера во времени, тотальности его проявлений во всех ситуациях; социальной дезадаптации. А. х. свойственна уязвимость личности по отношению не к любым (как при психопатиях), а лишь к определенному рода психотравмирующим воздействиям (см. Психогении), адресованным к так называемому «месту наименьшего сопротивления» данного типа характера, при сохранении устойчивости к другим. В зависимости от степени выраженности различают явные и скрытые (латентные) А х., которые могут переходить друг в друга под влиянием различных факторов, среди которых важную роль играют особенности семейного воспитания, социального окружения, профессиональной деятельности, физического здоровья. Выделяются следующие основные типы А. х.:

- 1) циклоидный — чередование фаз хорошего и плохого настроения с различным периодом;
- 2) гипертимный — постоянно приподнятое настроение, повышенная психическая активность с жадой деятельности и тенденцией разбрасываться, не доводить дело до конца;
- 3) лабильный — резкая смена настроения в зависимости от ситуации;
- 4) астенический — быстрая утомляемость, раздражительность, склонность к депрессиям и ипохондрии;
- 5) сензитивный — повышенная впечатлительность, боязливость, обостренное чувство собственной неполноценности;
- 6) психастенический — высокая тревожность, мнительность, нерешительность, склонность к самоанализу, постоянным сомнениям и рассуждательству, тенденция к образованию obsessions и ритуальных действий;
- 7) шизоидный — отгороженность, замкнутость, интроверсия (см. Экстраверсия — Интроверсия), эмоциональная холодность, проявляющаяся в отсутствии сопереживания (см. Эмпатия), трудностях в установлении эмоциональных контактов, недостаток интуиции в процессе общения;
- 8) эпилептоидный — склонность к злобно-тоскливому настроению с накапливающейся агрессией, проявляющейся в виде приступов ярости и гнева (иногда с элементами жестокости), конфликтность, вязкость мышления, скрупулезная педантичность;
- 9) застревающий (паранойяльный) — повышенная подозрительность и болезненная обидчивость, стойкость отрицательных аффектов, стремление к доминированию, неприятно мнения других п, как следствие, высокая конфликтность;
- 10) демонстративный (истероидный) — выраженная тенденция к вытеснению

неприятных для субъекта фактов и событий, к лживости., фантазированию и притворству, используем; для привлечения к себе внимания, характеризуемая авантюристичностью, тщеславием, «бегством в болезнь» (см. Ипохондрия} при неудовлетворенной потребности в признании;

11) дистимный — преобладание пониженного настроения, склонность к депрессии, сосредоточенность на мрачных и печальных сторонах жизни;

12) неустойчивый — склонность легко поддаваться слиянию окружающих, постоянный поиск новых впечатлений, компаний, умение легко устанавливать контакты, носящие, однако, поверхностный характер;

13) конформный (см. Конформность} — чрезмерная подчиненность и зависимость от мнения других, недостаток критичности и инициативности, склонность к консерватизму. В отличие от «чистых» типов, значительно чаще встречаются смешанные формы А. х.

АКЦЕПТОР РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕЙСТВИЯ — (от лат. acceptor — принимающий) — психологический механизм предвидения и оценки результатов действия в функциональных системах. Термин введен П. К. Анохиным в 1955 г. В информационном аспекте А. р. д. представляет собой «информационный эквивалент результата », извлекаемый из памяти в процессе принятия решения, обуславливающий организацию двигательной активности организма в поведенческом акте и осуществляющий сличение результата с его «опережающим отражением. В случае их совпадения осуществленная функциональная схема распадается, организм может переходить к другому целенаправленному поведению, в случае частичного несовпадения вводятся поправки с программу действия; в случае полного несовпадения развивается ориентировочно-исследовательское поведение.

АЛЕКСАНДЕР (Alexander) Франц (1891-1964) — американский психоаналитик (см. Психоанализ). Один из создателей психосоматики. Исследовал и описал конфликтные модели болезней, проявляющиеся у различных типов личности. Сформулировал векторную теорию конфликтных импульсов заболеваний и определил три их вектора: 1) желание объединить, получить, принять, 2) желание исключить, удалить, отдать, расходовать энергию для свершения чего-либо (в т. ч. нападения и нанесения вреда) и 3) желание сохранить, накопить. Разрабатывал функциональную теорию личности, в границах которой установил 4 основных функции личности:

1) восприятие субъективных нужд (внутренняя перцепция),
2) восприятие информации окружающего мира (внешняя 'перцепция или «чувство реальности»), 3) интеграция внешнего и внутреннего восприятия (влекущая планирование действий для удовлетворения субъективных нужд) и 4) контроль произвольного двигательного поведения (исполнительная функция «Я»). Особую известность и влияние приобрел цикл его работ об эмоциональных причинах появления гипертонии и язвы желудка (см. Психосоматика).

АЛЕКСИЯ (от греч. а — отрицательная частица, lexis — слово) — нарушения чтения, возникающие при поражении различных отделов коры левого полушария (у правшей), или неспособность овладения процессом чтения.

АЛЬТРУИЗМ (от лат. alter — другой) — система ценностных ориентации личности, при которой центральным мотивом и критерием нравственной оценки являются интересы другого человека или социальной общности. Термин «А.» введен французским философом О. Контом как противоположный понятию эгоизм.

АМБИВАЛЕНТНОСТЬ (от греч. amphi — вокруг, около, с обеих сторон, двойственное + лат. valentia — сила) — двойственное, противоречивое отношение субъекта к объекту, характеризующееся одновременной направленностью на один и тот же объект противоположных импульсов. Понятие А. было предложено в начале XX века швейцарским психиатром Э. Блейлером, для обозначения одного из существенных признаков шизофрении

— склонности больного отвечать на внешние раздражители двойкой, антагонистической реакцией. Различают ряд видов А.: 1) А. в аффективной области (см. Аффект), когда одно и то же представление одновременно сопровождается приятными и неприятными чувствами. 2) А. в области интеллектуальной деятельности, характеризующейся одновременным возникновением

и сосуществованием противоположных мыслей, и 3) А. в области воли (амбитендентность), для которой характерны двойственность движений, действий и поступков.

АМНЕЗИЯ (от греч. а — отрицательная частица и mneme — память) — нарушение памяти, возникающее при различных локальных поражениях мозга. Различают две основные формы А. — ретроградная и антероградная. Ретроградная А. проявляется в виде нарушения памяти на события, предшествующие заболеванию (например, травме), когда забываются события, происходившие в течение нескольких часов, дней, а иногда и лет до заболевания. Антероградная А. — нарушение памяти на события, происходившие после начала заболевания. Она может охватывать различные по длительности периоды.

АМПЛИФИКАЦИЯ (психического развития) — всемерное использование потенциала возможностей психического развития личности на каждой возрастной стадии за счет совершенствования содержания, форм и методов воспитания. В практической детской психологии (см. Возрастная психология) подход, утверждающий принцип А., противостоит подходу, в котором обосновывается необходимость искусственной акселерации развития, т. е. форсирования темпа развития ребенка и как можно более раннего перехода на последующую возрастную ступень развития. Внедрение программ обучения, ориентированных на усвоение новых «полезных» знаний, умений и навыков, начиная уже с раннего и дошкольного возраста, и ускоренный переход к «более взрослым» видам деятельности приводит к сокращению детства. Напротив, сторонники идеи А. отстаивают право ребенка на детство, как особо значимый период в возрастном развитии и выступают за обогащение содержания и «культивирование» специфически детских видов деятельности в жизни ребенка и, в первую очередь, игры.

АНАЛИЗ (от греч. analysis — разложение, расчленение) — процесс расчленения целого на части. А. включен во все акты практического и познавательного взаимодействия организма со средой. У человека на основе практической деятельности развилась способность осуществлять А. на уровне оперирования понятиями. А. как необходимый этап познания неразрывно связан с синтезом и является одной из основных операций, из которых складывается реальный процесс мышления.

АНАЛИЗАТОР — нервный аппарат, осуществляющий функцию анализа и синтеза раздражителей, исходящих из внешней и внутренней среды организма. Понятие А. введено И. П. Павловым. А. состоит из трех частей: 1) периферический отдел — рецепторы, преобразующие определенный вид энергии в нервный процесс; 2) проводящие пути — афферентные, по которым возбуждение, возникшее в рецепторе, передается к вышележащим центрам нервной системы, и эфферентные, по которым импульсы из вышележащих центров, особенно из коры больших полушарий головного мозга, передаются к нижним уровням А., в том числе к рецепторам, и регулируют их активность; 3) корковые проекционные зоны.

АНАЛИЗ ЧЕРЕЗ СИНТЕЗ — термин С. Л. Рубинштейна, характеризующий исследованный им и его учениками исходный всеобщий «механизм» (или основную форму) мышления. А. ч. с. означает, что в процессе мышления познаваемый объект включается во все новые связи и потому выступает во все новых качествах, которые фиксируются в новых понятиях; из объекта, таким образом, как бы вычерпывается все новое содержание; он поворачивается

каждый раз другой своей стороной, в нем выявляются все новые свойства. А. ч. с. обеспечивает непрерывность мышления и вообще психического как процесса.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ — система взглядов швейцарского психолога К. Г. Юнга, давшего ей это имя с целью отграничить ее от родственного направления — психоанализа З. Фрейда. Придавая, как и Фрейд, решающее значение в регуляции поведения бессознательному. Юнг выделил наряду с его индивидуальной (личной) формой коллективную, которая никогда не может стать содержанием сознания. Коллективное бессознательное образует автономный психический фонд, в котором запечатлен передающийся по наследству (через структуру мозга) опыт предшествующих поколений. Входящие в этот фонд первичные образования — архетипы (общечеловеческие первообразы) лежат в основе символики творчества, различных ритуалов, сновидений и комплексов. В качестве метода анализа скрытых мотивов Юнг предложил тест на ассоциацию слов (см. Ассоциативный эксперимент): неадекватная реакция, (или задержка реакции) на слово-раздражитель указывает на наличие комплекса. Целью психического развития человека А. п. считает индивидуацию — особую интеграцию содержаний коллективного бессознательного, благодаря которой личность реализует себя как уникальное неделимое целое. Хотя А. п. отвергла ряд постулатов фрейдизма (в частности, под либидо понималась не сексуальная, а любая бессознательная психическая энергия), однако методологическим ориентациям этого направления присущи те же особенности, что и др. ответвлениям психоанализа, поскольку отрицается социально-историческая сущность побудительных сил человеческого поведения и преобладающая роль сознания в его регуляции. Предложенная Юнгом типология характеров, согласно которой имеются две главные категории людей — экстраверты (направленные на внешний мир) и интроверты (направленные на внутренний мир), получила независимо от А. п. развитие в конкретных психологических исследованиях личности (см. Экстраверсия — Интроверсия).

АНАЛЬГЕЗИЯ (от греч. analges — обезболенный) — снижение или полное устранение чувствительности к боли.

АНАНКАЗМЫ (от греч. anankasmus — вынуждать, заставлять) — разновидность навязчивых состояний, не адекватных ситуации, распространяющихся на двигательную сферу с образованием навязчивых ритуалов. Например, навязчивое мытье рук, стремление не наступать на черту, чтение подряд всех вывесок, попадающихся на пути и т. п. А. наблюдаются у людей мнительных, чрезвычайно тревожных (см. Тревога), педантичных при развившемся неврозе навязчивых состояний и психастении. Синоним А. — обсессии.

АНАНЬЕВ Борис Герасимович (1907-1972) — российский психолог. Следуя традициям В. М. Бехтерева, выступил с идеей создания единой концепции человекознания как комплексной дисциплины, синтезирующей достижения широкого круга наук о человеке («Человек как предмет познания», 1969). А. выделял иерархически соподчиненные уровни организации человека: индивид, личность, индивидуальность. Интерес представляют исследования А. в области сенсорных и перцептивных процессов («Психология чувственного познания», 1960), а также педагогической психологии («Психология педагогической оценки», 1935) и др.

АНДРОГИНИЯ (от лат. and-ros — мужской, gynes — женский) — понятие, введенное американским психологом С. Бемом для обозначения людей, успешно сочетающих в себе как традиционно мужские, так и традиционно женские психологические качества. Многочисленные исследования показали, что психологические различия между мужчинами и женщинами возникают и формируются скорее вследствие особенностей семейного воспитания

мальчиков и девочек, а также социального воздействия, нежели из-за биологических различий между полами.

АНИМА, АНИМУС (от лат. *anima* — душа и *animus* — дух) — понятия аналитической психологии К. Г. Юнга, посредством которых он обозначал наследуемые бессознательные, архетипические (см. Архетип) многосторонние психические образы и формы души, представляющие женский архетип в психике мужчины (анима) и мужской архетип в психике женщины (анимус). По К. Г. Юнгу, как индивидуальные образы, А. действуют в соответствии с доминантным психическим принципом женской или мужской природы и обладают личностным характером. Анима является строго очерченной фигурой с ярко выраженными эротически эмоциональными проявлениями и выражает бессознательный «образ женщины», а анимус является собой неопределенно-многоформенное образование «рассудительного» типа и выражает бессознательный «образ мужчины».

АНКЕТА (фр. *enquête* — список вопросов) — методическое средство для получения первичной социологической и социально-психологической информации, оформляемое в виде набора вопросов, логически связанных с центральной задачей исследования. Анкетные опросы проводятся в целях выяснения биографических данных, мнений, оценок, ценностных ориентации, установок, диспозиций и т. п.

АНОМИЯ (гр. *α* — отрицательная частица, *nomos* — закон) — понятие, введенное Э. Дюркгеймом для объяснения отклоняющегося поведения (самоубийство, апатия и разочарование) и выражающее собой исторически обусловленный процесс разрушения базовых элементов культуры, прежде всего в аспекте этических норм. При достаточно резкой смене общественных идеалов и морали определенные социальные группы, перестают чувствовать свою причастность к данному обществу, происходит их отчуждение, новые социальные нормы и ценности отвергаются членами этих групп, в том числе социально декларируемые образцы поведения, а вместо конвенциональных средств достижения индивидуальных или общественных целей выдвигаются собственные (в частности, противоправные). Явления А., затрагивая при социальных потрясениях все слои населения, особенно сильно действуют в отношении молодежи.

АНТИЦИПАЦИЯ (от лат. *anticipatio* — предвосхищение) — способность системы в той или иной форме предвидеть развитие событий, явлений, результатов действий. В психологии различают два смысловых аспекта понятия А.:

1) способность человека представить себе возможный результат действия до его осуществления (В. Вундт), а также возможность его мышления представить способ решения проблемы до того, как она реально будет решена (см. Интуиция);

2) способность организма человека или животного подготовиться к реакции на какое-либо событие до его наступления. Это ожидание (или «опережающее отражение») обычно выражается в определенной позе или движении и обеспечивается механизмом акцептора результатов действия (П. К. Анохин). А. особенно значима в творческой, научно-исследовательской деятельности.

АНТРОПОЛОГИЗМ (*anthropos* — человек и *logos* — учение) — научная концепция, рассматривающая человека как высшее и совершеннейшее произведение природы. Поэтому «человек» в А. является основной мировоззренческой категорией и именно исходя из его точки зрения должно проводиться исследование и природы, и общества, происходит развитие всех наук. Так как в деятельности человека участвуют, обеспечивая ее, все продуктивные силы, то и познание человека, его психической жизни (см. Психика), его творчества дает ключ ко всем тайнам и законам природы и общества. Многие психологические теории исходили в своих теоретических взглядах из А. — психоанализ, экзистенциализм (см. Экзистенциальная

психология), прагматизм. Эта точка зрения была очень характерна для большинства отечественных психологических и философских концепций (Чернышевский, Соловьев, Лосский, Франк).

АНТРОПОМОРФИЗМ (от греч. *anthropos* — человек и *morphe* — вид, форма) — представление о наличии у животных психических свойств и способностей, присущих в действительности только человеку. Антропоморфическое толкование поведения животных с точки зрения человеческих мотивов и поступков означает стирание грани между человеком и животным и ведет к игнорированию качественных особенностей человеческой психики.

АПАТИЯ (от греч. *apatheia* — бесстрастность) — состояние, характеризующееся эмоциональной пассивностью, безразличием, уплощением чувств, равнодушием к событиям окружающей действительности и ослаблением побуждений и интересов.

АПЕРЦЕПЦИЯ (от лат. *ad* — к, *perceptio* — восприятие) — зависимость восприятия от прошлого опыта, от общего содержания психической деятельности человека и его индивидуальных особенностей. Термин А. предложен немецким философом Г. Лейбницем, трактовавшим ее как отчетливое (осознанное) восприятие душой определенного содержания. По В. Вундту, А. — универсальный объяснительный принцип, «внутренняя духовная сила», обуславливающая ход

психических процессов. В противовес этим представлениям об А. как о внутренней спонтанной активности сознания, современная научная психология трактует А. как результат жизненного опыта индивида, обеспечивающего выдвижение гипотез об особенностях воспринимаемого объекта, его осмысленное восприятие. Различают устойчивую А. — зависимость восприятия от устойчивых особенностей личности (мировоззрения, убеждений, образованности и т. п.) и временную А., в которой сказываются ситуативно возникающие психические состояния (эмоции, экспектации, установки и т. п.).

АПРАКСИЯ (от греч. *apraxia* — бездействие) — нарушение произвольных целенаправленных движений и действий, не являющееся следствием элементарных расстройств движений (парезов, параличей и т. п.), а относящееся к расстройствам высшего уровня организации двигательных актов.

АРИСТОТЕЛЬ (384-322 гг. до н. э.) — древнегреческий философ, создатель психологической системы, интегрировавшей достижения античной мысли и ставшей на столетия основополагающей для различных направлений в понимании душевной деятельности. Принципы и главные понятия этой системы изложены в трактате «О душе», ее важные положения содержатся в других сочинениях А. («Этика», «Риторика», «Метафизика», «История животных»). В противовес представлениям о душе как особом начале А. учил, что душу от живого тела отделить нельзя, поскольку она является его формой, способом его организации. Такой подход придал психологии А. биологическую ориентацию. Будучи принципом жизни и развития, душа не может делиться на части, но проявляется в виде нескольких функций (способностей) или деятельностей, образующих особый генетический ряд. Вегетативная («питающая») функция души специфична для растений, чувствующая и движущая функции — для животных, разумная — для человека. Высшие функции возникают на основе низших, поэтому функции души представляют собой уровни ее эволюции. А. принадлежит разделение органов чувств на пять разрядов. Наряду с передающими отдельные чувственные качества вещей органами (зрения, слуха и др.) он выделял «общее чувствилище», которое позволяет воспринимать единые для многих объектов свойства (величину, число). А. отграничил область представлений («фантазии») от восприятия, считая ее посредником между чувственным и рациональным знанием. Образы, «фантазии» служат предпосылкой мышления. Объясняя процессы

памяти, А. развил понятие об ассоциациях по сходству, смежности и контрасту и телесном механизме этих ассоциаций. Движущей силой поведения было признано стремление, выражающее внутреннюю активность организма и сопряженное с чувством удовольствия или неудовольствия. Действия, повлекшие за собой удовольствие, организм стремится вновь воспроизвести, в силу чего это чувство выступает как фактор научения. Каждой ситуации соответствует определенная (правильная) аффективная реакция, связанная с поступком. Человек поступает дурно, когда эта реакция является либо избыточной, либо недостаточной. Оптимальный способ поведения (и аффективного реагирования) необходимо вырабатывать опытом, изучением других и самого себя. Благодаря поступкам формируется характер. При объяснении процесса познания А. выдвинул понятие об особой форме интеллектуальной активности человека, обозначенной им термином «нус» (разум). Эта форма в качестве творческой активности, ведущей к общим понятиям, была противопоставлена всем остальным и истолкована как то, что, завися от тела, привносится в психофизическую организацию человека извне в виде «божественного разума». А. принадлежит разграничение двух видов разума: теоретического и практического. Последний представляет собой особый тип мышления, поскольку служит эффективной регуляции реальных действий, а не только приобретению знаний. А. применял генетический и объективный методы при изучении специфических психических и этических признаков поведения. Идеи А. стимулировали развитие психологической мысли последующих эпох.

АРТЕФАКТ (от лат. *artefactum* — искусственно сделанное) — факт, не характерный для естественного течения данного процесса и вызванный искусственно. В экспериментальной психологии под А. подразумеваются данные, порождаемые самой методикой изучения процесса и на деле ему не свойственные. В криминальной психологии А. называют искусственно вызываемые (например, с целью симуляции) процессы и состояния.

АРХЕТИП (от греч. *archetypos* — первообраз, дословно «древнейший образец») — центральное понятие аналитической психологии. А. — способ организации психики посредством форм, переходящих из поколения в поколение. Согласно К. Юнгу, А. представляет собой структурные элементы человеческой психики, которые скрыты в коллективном бессознательном, общем для всего человечества. Они наследуются подобно тому, как наследуется строение тела. А. задают общую структуру личности и последовательность образов, всплывающих в сознании при пробуждении творческой активности, поэтому духовная жизнь несет на себе архетипический отпечаток.

АСИММЕТРИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА (от греч. *asymmetria* — несоразмерность) — характеристика распределения психических функций между левым и правым полушариями мозга. Установлено, что функцией левого полушария является оперирование вербально-знаковой информацией в ее экспрессивной форме, а также чтение и счет, тогда как функция правого — оперирование образами, ориентация в пространстве, различение музыкальных тонов, мелодий и невербальных звуков, распознавание сложных объектов (в частности, человеческих лиц), продуцирование сновидений. Оба полушария функционируют во взаимосвязи, внося свою специфику в работу мозга в целом. А. ф. г. м. свойственна только человеку, предпосылки к ее становлению передаются генетически, но сама она, как и тесно связанная с ней речь, окончательно формируется лишь в социальном общении. При этом в зависимости от конкретных условий может сложиться относительное доминирование лево- или правополушарного мышления, что во многом определяет психологические особенности субъекта.

АССОЦИАНИЗМ — одно из основных направлений мировой психологической мысли, объясняющее динамику психических процессов принципом

ассоциации. Впервые постулаты А. были сформулированы Аристотелем, выдвинувшим идею о том, что образы, возникающие без видимой внешней причины, являются продуктом ассоциации. В XVII веке эту идею укрепило механо-детерминистское учение о психике. Организм предстал в виде машины, запечатлевающей следы внешних влияний, так что возобновление одного из следов автоматически влечет за собой появление другого. В XVIII веке принцип ассоциации идей был распространен на всю область психического, но получил принципиально различную трактовку: с одной стороны, Дж. Беркли и Д. Юм. рассматривали его как связь феноменов в сознании субъекта, с другой — Д. Гартли создал систему материалистического А. В начале XIX в. появились концепции, отъединившие ассоциацию от ее телесного субстрата и представившие ее в виде имманентного принципа сознания (Т. Браун, Джеймс Милль, Джон Стюарт Милль). Утвердилось воззрение, согласно которому:

- 1) психика (отождествленная с интроспективно понятым сознанием) построена из элементов — ощущений, простейших чувствований;
- 2) элементы — первичны, сложные психические образования (представления, мысли, чувства) — вторичны и возникают посредством ассоциаций;
- 3) условием образования ассоциаций является смежность двух психических процессов;
- 4) закрепление ассоциаций обусловлено живостью ассоциируемых элементов и частотой повторения ассоциаций в опыте.

А. был преобразован на новой основе благодаря успехам биологии и нейрофизиологии. Г. Гельмгольц использовал новое воззрение на ассоциацию в своих исследованиях органов чувств, Ч. Дарвин — при объяснении эмоций, И. М. Сеченов — в учении о рефлексах головного мозга. Эволюционный подход Г. Спенсера внес в А. проблему развития психики в филогенезе и пришел к важному выводу об адаптивной функции психики в поведении. В 80-90-е гг. XIX в. были предприняты многочисленные исследования условий образования и актуализации ассоциаций (Г. Эббингауз, Г. Мюллер и др.). Вместе с тем была показана ограниченность механистической трактовки ассоциации. Детерминистские элементы А. были восприняты в трансформированном виде учением Павлова об условных рефлексах, а также — на иных методологических основаниях — американским бихевиоризмом. Изучение ассоциаций с целью выявления особенностей различных психических процессов используется и в современной психологии (в частности, проблема смысловых ассоциаций, их роль в обучении и т. д.) (см. также Ассоциативный эксперимент).

АССОЦИАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ — См Ассоцианизм.

АССОЦИАТИВНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ — термин, утвердившийся в психологии для обозначения особого проективного метода исследования мотивации личности, который был предложен в начале XX в. К. Г. Юнгом и практически одновременно с ним М. Вертгеймером и Д. Кляйном. Испытуемый должен отвечать на определенный набор слов-стимулов как можно быстрее любым пришедшим ему в голову словом. Регистрируется тип возникающих ассоциаций, частота однотипных ассоциаций, величина латентных периодов (время между словом-стимулом и ответом испытуемого), поведенческие и физиологические реакции и др. По характеру этих данных можно судить о скрытых влечениях и «аффективных комплексах» испытуемого (см. Аффект), его установках и т. п.. В 20-е гг. XX века А. Р. Лурия предложил для диагностики «скрытых следов аффекта» т. н. «сопряженную моторную методику», которая представляла собой модифицированный вариант.

АССОЦИАЦИЯ (от лат. associatio — соединение) — связь между психическими явлениями, при которой актуализация (восприятие, представление) одного из них влечет за собой появление другого.

АССОЦИАЦИЯ (в социальной психологии) — группа, в которой отсутствуют

объединяющая ее совместная деятельность, организация и управление, а ценностные ориентации, опосредствующие межличностные отношения, проявляются в условиях группового общения. В зависимости от общественной направленности опосредствующих факторов различают: 1. Просоциальные А., в которые позитивные нравственные ценности привнесены из широкой социальной среды. 2. Асоциальные А., где ценностные ориентации имеют негативный, иногда антиобщественный характер.

АСТЕНИЯ (от греч. *astheneia* — бессилие, слабость) — нервно-психическая слабость, проявляющаяся в повышенной утомляемости (см. Утомление) и истощаемости, сниженном пороге чувствительности, крайней неустойчивости настроения, нарушении его.

АТРИБУЦИЯ (от англ. *attribute* — приписывать, наделять) — приписывание социальным объектам (человеку, группе, социальной общности) характеристик, не представленных в поле восприятия. Необходимость А. обусловлена тем, что информация, которую может дать человеку наблюдение, недостаточна для адекватного взаимодействия с социальным окружением и нуждается в «дистраивании». Основным способом такого «дистраивания» непосредственно воспринимаемой информации и является А.

АТРИБУЦИЯ КАУЗАЛЬНАЯ (от лат. *causa* — причина и *attribuo* — придаю, наделяю) — интерпретация субъектом межличностного восприятия причин и мотивов поведения других людей. Изучение А. к. исходит из следующих положений:

1) люди, познавая друг друга, не ограничиваются получением внешне наблюдаемых сведений, но стремятся к выяснению причин поведения и выводам, касающимся соответствующих личностных качеств субъекта

2) поскольку информация о человеке, получаемая в результате наблюдения, чаще всего недостаточна для надежных выводов, наблюдатель находит вероятные причины поведения и черты, личности и приписывает их наблюдаемому субъекту;

3) эта причинная интерпретация существенно влияет на поведение наблюдателя. Исследования А. к., которые первоначально относились к социальной психологии, в

настоящее время охватывают и другие разделы психологической науки: общую,

педагогическую, возрастную психологию, психологию спорта. Наиболее существенные результаты экспериментального исследования А. к. заключаются в установлении:

1) систематических различий в объяснении человеком своего поведения и поведения других людей;

2) отклонений процесса А. к. от логических норм под действием субъективных (мотивационных и информационных) факторов;

3) стимулирующего воздействия, оказываемого на мотивацию и деятельность человека объяснением неудачных результатов этой деятельности внешними факторами, а успешных — внутренними.

А. к. изучается также как явление возложения или принятия членами группы персональной ответственности за успехи и неудачи в совместной деятельности. Показано, что в группах высшего уровня развития (в коллективах) это явление адекватно реальному вкладу членов коллектива в результат деятельности.

АТТИТЮД (от франц. *attitude* — поза) — см. Установка.

АТТРАКЦИЯ (от лат. *attrahere* — привлекать, притягивать) — понятие, обозначающее возникновение при восприятии человека человеком (см. Восприятие межличностное) привлекательности одного из них для другого. Формирование привязанности возникает у субъекта как результат его специфического эмоционального отношения (см. Эмоции), оценка которого порождает разнообразную гамму чувств (от неприязни до симпатии и даже

любви) и проявляется в виде особой социальной установки на другого человека.

АУТИЗМ (от греч. auto — сам) — крайняя форма психологического отчуждения, выражающаяся в уходе индивида от контактов с окружающей действительностью и погружении в мир собственных переживаний.

АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА (от греч. autos — сам, genos — происхождение) — психотерапевтический метод лечения, предполагающий обучение пациентов мышечной релаксации, самовнушению, развитию концентрации внимания и силы представления, умению контролировать непроизвольную умственную активность с целью повышения эффективности значимой для субъекта деятельности.

АУТОГИПНОЗ (от греч. autos — сам, hypnos — сон) — гипноз, вызванный самовнушением, в противоположность ге-теро-гипнозу, вызванному воздействием другого человека.

АФАЗИЯ (от греч. а — отрицательная частица и phasis — проявление) — нарушение речи, возникающее при локальных поражениях коры левого полушария мозга (у левшей) и представляющее собой системное расстройство различных видов речевой деятельности. Проявляется в нарушениях фонематической, морфологической и синтаксической структур речи и понимания речи при сохранности движений речевого аппарата, обеспечивающих членораздельное произношение, и элементарных форм слуха. Выделяют семь форм А., каждая из которых связана с нарушением одного из факторов, лежащих в основе речевой деятельности, и наблюдается при определенной локализации патологического процесса.

АФФЕКТ (от лат. affectus — душевное волнение, страсть) — сильное и относительно кратковременное эмоциональное состояние (см. Эмоции), связанное с резким изменением важных для субъекта жизненных обстоятельств и сопровождаемое резко выраженными двигательными проявлениями и изменениями в функциях внутренних органов. А. возникает в ответ на уже произошедшее событие и является как бы сдвинутым к его концу. В основе А. лежит переживаемое человеком состояние внутреннего конфликта, порождаемого либо противоречиями между его влечениями, стремлениями, желаниями, либо противоречиями между требованиями, которые предъявляются человеку (или он сам предъявляет их себе), и возможностями выполнить эти требования. А. развивается в критических условиях при неспособности субъекта найти адекватный выход из опасных, чаще всего неожиданно сложившихся ситуаций. Для состояния А. характерно сужение сознания, при котором внимание субъекта целиком поглощается породившими А. обстоятельствами и навязанными им действиями. Нарушения сознания могут привести к неспособности впоследствии вспомнить отдельные эпизоды вызвавшего этот А события, а в случае исключительно сильного А — завершиться потерей сознания и полной амнезией.

АФФЕРЕНТАЦИЯ (от лат. afferens (afferentis) — приносящий) — постоянный поток нервных импульсов, поступающих в центральную нервную систему от органов чувств, воспринимающих информацию как от внешних раздражителей (экстерорецепция), так и от внутренних органов (интерорецепция). А. находится в прямой зависимости от силы раздражителей и насыщенности ими внешней среды, а также от состояния (активности или пассивности) индивида.

АФФЕРЕНТНЫЙ СИНТЕЗ (от лат. afferens (afferentis) — приносящий) — в теории функциональной системы (П. К. Анохин) синтез материала, запечатленного в памяти, мотивации, информации о среде и пускового стимула с целью принятия решения. Память трактуется при этом как совокупность взаимосвязанных функциональных систем различного уровня иерархии, сформированных в процессе эволюции и в индивидуальном жизненном опыте, а мотивация — как конкретизация одной из потребностей

организма. При А. с. благодаря мотивации актуализируются все системы, деятельность которых когда-либо приводила к удовлетворению данной потребности. Информация о среде помогает достигнуть требуемых в данной обстановке результатов. Окончательное решение осуществляется в тот момент, когда какое-либо событие — пусковой стимул — дает перевес одной из систем, уже выбранных под действием мотивации и обстановки. В связи с тем, что иерархическая организация систем в памяти отражает эволюционную и индивидуальную историю приспособительных соотношений организма со средой, существует и соответствующая иерархия А. с. Подобно любому системному процессу А. с. имеет место не в какой-либо отдельной структуре мозга, а представляет собой процесс взаимодействия нейронов самой различной (центральной и периферической, афферентной и эфферентной) морфологической принадлежности в объеме всего мозга и организма.

АФФИЛИАЦИЯ (от англ. to affiliate — присоединять, присоединяться) — стремление человека быть в обществе других людей. Тенденции к А. возрастают при вовлечении субъекта в потенциально опасную стрессовую (см. Стресс) ситуацию. При этом общество других людей позволяет ему проверить избранный способ поведения и характер реакций на сложную и опасную обстановку. В известных пределах близость других приводит к прямому снижению тревожности, смягчая последствия как физиологического, так и психологического стресса. Блокирование А. вызывает чувство одиночества, отчужденности, порождает фрустрацию.

АХ Нарцисс (1871-1946) — немецкий психолог, один из главных представителей Вюрцбургской школы. Экспериментально показал, что испытуемый, прежде чем решать в соответствии с данной ему инструкцией задачу, располагает обычно неосознаваемой им установкой. Это обстоятельство сыграло важную роль в преодолении господствовавшей в те времена психологической трактовки мышления как ассоциативного процесса (см. Ассоцианизм). Указанную установку А. назвал «детерминирующей тенденцией». Отвергнув положение, согласно которому элементами сознания являются чувственные образы (восприятия или представления), он предложил заменить понятие об этих образах термином «сознаваемость». А. усовершенствовал методику «экспериментальной интроспекции», требуя от испытуемого придать ей систематический характер. Под этим имелось в виду, что, решая задачу, испытуемый должен расчленить свой внутренний опыт (данные самонаблюдения) на сменяющие друг друга во времени фрагменты и каждый из них тщательно проанализировать. В дальнейшем, изучая процесс мышления, Ах изобрел методику образования «искусственных понятий», которая была модифицирована в отечественной психологии Л. С. Выготским.

БАРДИН Кирилл Васильевич (1929-1995) — российский психолог, доктор психологических наук (1976).

Специалист в области психофизики, общей и педагогической психологии. Им написана первая на русском языке монография по проблемам и методам психофизики (1976), разработана и экспериментально обоснована зонная теория пороговой (см. Порог) области (одновременно с М. Б. Михалевской), описан феномен повышения чувствительности в результате извлечения наблюдателем из сенсорной информации о простом сигнале признаков других модальностей. На этой основе им была разработана концепция переорганизации сенсорного пространства. В 90-х годах сформулировал и разработал новое научное направление — субъектную психофизику (Начала субъектной психофизики /совместно с Ю. Б. Индлинъм. 1993) (см. Психофизика субъектная).

БАРЬЕР СМЫСЛОВОЙ (от франц. barrere — преграда, препятствие) — взаимонепонимание между людьми, являющееся следствием того, что одно и то же явление имеет для них разный смысл. Несовпадение смыслов

высказывания, просьб, приказов и т. д. создает у партнеров препятствие для развития их взаимодействия. Наиболее выражение Б. с. проявляется во взаимоотношениях взрослых и детей, когда ребенок, даже понимая правильность требований взрослого, не принимает их, если эти требования игнорируют его взгляды, ценности, систему его личностных смыслов.

БАРЬЕРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ — психическое состояние, проявляющееся в неадекватной пассивности субъекта, что препятствует выполнению им тех или иных действий. Эмоциональный механизм Б. п. состоит в усилении отрицательных переживаний и установок — стыда, чувства вины, страха, тревоги, низкой самооценки, ассоциированных с задачей (например, «страх сцены»).

БАСОВ Михаил Яковлевич (1892-1931) — российский психолог. Разработал методику психологических наблюдений за детьми дошкольного возраста. В полемике со сторонниками рефлексологии доказывал важность и возможность объективного экспериментального изучения внутрипсихических функций («Воля как предмет функциональной психологии», 1923). Б. ввел в психологию термин «деятельность». Б. считал человека активным «деятелем в среде», настаивал на социокультурной и исторической обусловленности индивидуального поведения, полагая, что его содержание опосредовано ценностями науки и культуры. Внес крупный вклад в педагогическую психологию («Общие основы педологии», 1931).

БЕЗУСЛОВНЫЙ РЕФЛЕКС (от лат. *reflexus* — отражение) — наследственно закрепленная стереотипная форма реагирования на биологически значимые воздействия внешнего мира или изменения внутренней среды организма (по И. П. Павлову).

БЕРГСОН (Bergson) Анри (1859—1941) — французский философ, основоположник интуитивизма, доктор философии (1889), профессор (1898), член Академии моральных и политических наук (1901), член Французской Академии (1914), лауреат Нобелевской премии (1927). Б. исследовал проблемы динамической природы и идеи времени, вопросы существования и функционирования психического (субъективного) времени, проблемы «длительности», восприятия души, «подпочвы сознания», сознания, «сверхсознания», бессознательного, памяти и эволюции теории памяти, интуиции, сновидений, сопереживания, развития, познания, творчества, свободы и мн. др. Б. выдвинул идею о происхождении интеллекта из потребности практического действия. Развивал положение о том, что знание в формах интеллекта отображает реальность всегда односторонне, поскольку интеллект неразрывно связан с практикой. В качестве мощного средства и вида познания выдвигал интуицию. Оказал влияние на психоанализ и др. течения глубинной психологии.

Автор книг «Этюды о непосредственных данных сознания» (1889), «Творческая эволюция» (1907), «Восприятие изменчивости» (1911), «Сновидения» (1914), «Духовная энергия» (1919), «Длительность и одновременность» (1922) и др.

БЕРН Эрик (1902-1970) — американский психолог и психиатр. Разработал «трансактный анализ».

ВЕРНИШТЕЙН Николай Александрович (1896-1966) — российский психофизиолог. Создал и применил новые методы исследования движений человека. Анализ полученных результатов позволил Б. сформулировать положение о том, что

приобретение навыка обусловлено не повторением одних и тех же иннервационных команд, а выработкой умения каждый раз заново решать двигательную задачу. Б. показал, что движение направляется моделью потребного будущего. Созданная им общая теория построения движений (см. Уровней построения движения концепция) изложена в монографии «О построении движения» (1947). Последующие работы Б. посвящены изучению основ физиологии активности.

БЕСЕДА (в психологии) — метод получения информации на основе вербальной (словесной) коммуникации. Широко применяется в различных сферах психологии (социальной, медицинской, детской и др.).

БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ — 1) совокупность психических процессов, актов и состояний, обусловленных явлениями действительности, во влиянии которых субъект не отдает себе отчета; 2) форма психического отражения, в которой образ действительности и отношение к ней субъекта не выступают как предмет специальной рефлексии, составляя нерасчлененное целое. Б. отличается от сознания тем, что отражаемая им реальность сливается с переживаниями субъекта, его отношениями к миру, поэтому в Б. невозможны произвольный контроль осуществляемых субъектом действий и оценка их результатов. В Б. действительность переживается субъектом через такие формы уподобления, отождествления себя с другими людьми и явлениями, как непосредственное эмоциональное вчувствование, идентификация, эмоциональное заражение, объединение различных явлений в один ряд через сопричастие, а не через выявление логических противоречий и различий между объектами по тем или иным существенным признакам. В Б. зачастую прошлое, настоящее и будущее сосуществуют, объединяясь в каком-либо одном психическом акте (например, в сновидении). Б. находит свое выражение в ранних формах познания ребенком действительности и первобытном мышлении, интуиции, аффектах, панике, гипнозе, сновидениях, привычных действиях, подпороговом восприятии (см. Субсенсорное восприятие), непроизвольном запоминании и т. д., а также в стремлениях, чувствах и поступках, причины которых не осознаются личностью. Выделяются четыре класса проявлений Б.: 1) надсознательные явления (см. Надсознагельное)', 2) неосознаваемые побудители деятельности (неосознаваемые мотивы, и смысловые установки), обуславливаемые имеющим личностный смысл желаемым будущим. Этот класс явлений был обнаружен при исследовании поведения субъекта после выхода его из гипнотического состояния (см. Гипноз), в котором ему внушалась определенная программа действий (например, зайти в магазин и купить определенную вещь и т. п.). Выполняя заданную программу, человек не мог объяснить причины своего поведения. Пытаясь объяснить природу этих явлений с позиций психоанализа, З. Фрейд ввел термин «динамическое вытеснение Б.». Под Б. он понимал нереализованные влечения, которые из-за конфликта с требованиями социальных норм не допускались в сознание, отчуждались с помощью механизма вытеснения, обнаруживая себя в обмолвках, оговорках, сновидениях и пр. Особенность подобных проявлений Б. состоит в том, что осознание субъектом причинной связи нереализованных влечений с психотравмирующими событиями не приводит к исчезновению переживаний, обусловленных этими влечениями (например, к исчезновению страхов), поскольку осознанное воспринимается субъектом как нечто безличное, чуждое, происходящее не с ним. Эффекты Б. в поведении устраняются в том случае, если вызвавшие их события изживаются личностью совместно с другим человеком (например, в психоаналитическом сеансе) или с другими людьми (психотерапия групповая)', 3) неосознаваемые регуляторы способов выполнения деятельности (операциональные установки и стереотипы автоматизированного поведения), обеспечивающие направленный и устойчивый характер ее протекания. Они лежат в основе регуляции автоматизированных и непроизвольных действий (например, процесса решения, задач) и обуславливаются образами неосознанно предвосхищаемых событий и способов действия, опирающимися на прошлый опыт поведения в подобных ситуациях. Они могут осознаваться субъектом, если на пути привычного автоматизированного поведения встречается неожиданное препятствие.

Представление о психофизиологических механизмах неосознаваемого

автоматизированного поведения разработано Н. А. Бернштейном в концепции уровней построения движения (см. Физиология активности)', 4) проявления субсенсорного восприятия. Развитие представлений о природе Б., специфике его проявлений, механизмах и функциях в регуляции поведения человека является необходимым условием создания целостной объективной картины психической жизни личности.

БЕХТЕРЕВ Владимир Михайлович (1857-1927) — российский физиолог, невропатолог, психиатр, психолог. Основал первую в России экспериментально-психологическую лабораторию (1885), а затем Психоневрологический институт (1908) — первый в мире центр по комплексному изучению человека. Опираясь на выдвинутую И. М. Сеченовым рефлекторную концепцию психической деятельности, разработал естественнонаучную теорию поведения. Возникшая в оппозиции к традиционной интроспективной психологии сознания, теория Б. первоначально получила название объективной психологии (1904), затем психорефлексологии (1910) и, наконец, рефлексологии (1917). Б. внес крупный вклад в развитие экспериментальной психологии («Общие основы рефлексологии человека», 1917).

ВИНЕ Альфред (1857-1911) — французский психолог, основатель экспериментальной психологии во Франции и первой в этой стране психологической лаборатории (1889). Один из основоположников учения о тестах. Б. стремился утвердить в психологии объективный метод исследования.

БИНСВАНГЕР (Binswanger) Людвиг (1881-1966) — швейцарский психиатр, психолог и философ. Создатель экзистенциального анализа. В 30-е гг. XX в. Б., опираясь на идеи, теорию и методологию экзистенциальной философии М. Хайдеггера, феноменологию Э. Гуссерля и данные антропологии, переосмыслил психоаналитические идеи З. Фрейда и создал собственную версию психоанализа — экзистенциальный анализ. Использование идей последнего произвело антропологический и феноменологический поворот в психиатрии того времени. Б. сосредоточил внимание на «бытии-в-мире» как принципиальном феномене человеческого существования, исследовал его разнообразные формы, сделал ряд феноменологических описаний субъективных переживаний в процессе лечения. Главные труды Б.: «Основные формы и познание человеческого существования» (1942), «Введение в проблемы общей психологии» (1922), «Феноменологическая антропология» (1947); «Воспоминания о З. Фрейде» (1956) и др.

БИОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ЗАКОН (в психологии) (от греч. bios — жизнь и genesis — происхождение) — перенос на психическое развитие ребенка соотношения, установленного немецкими естествоиспытателями Ф. Мюллером и Э. Геккелем между онтогенезом (индивидуальным развитием организма) и филогенезом (историческим развитием организмов). При этом утверждается, что в онтогенезе детской психики воспроизводятся основные стадии биологической эволюции и этапы культурно-исторического развития человечества (Д. Болдуин, К. Бюлер, С. Холл, В. Штерн и др.).

БИОГРАФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ в психологии (от греч. bios — жизнь, grapho — пишу) — способы исследования, диагностики, коррекции и проектирования жизненного пути личности. Б. м. начали разрабатываться в первой четверти XX в. (Н. А. Рыбников, Ш. Бюлер). Современные Б. м. основаны на изучении личности в контексте истории и перспектив развития ее индивидуального бытия. Использование Б. м. предполагает получение информации, источником которой являются автобиографические методики {опросники, интервью, спонтанные и спровоцированные автобиографии}, свидетельства очевидцев, контент- анализ дневников, писем и т. п.

БИХЕВИОРИЗМ (от англ. behaviour — поведение) — направление в американской психологии XX в., отрицающее сознание как предмет научного

исследования и сводящее психику к различным формам поведения, понятого как совокупность реакций организма на стимулы внешней среды. На рубеже XIX-XX вв. обнаружилась несостоятельность доминировавшей ранее интроспективной «психологии сознания» (см. Интроспективная психология), особенно в решении проблем мышления и мотивации. Экспериментально было доказано, что существуют не осознаваемые человеком, недоступные интроспекции психические процессы. В 1913 г. сложилась первая программа Б., сформулированная американским психологом Д. Уотсонсш. В дальнейшем в Б. вошли «физический монизм» А. Вейса, «антропономия» У. Хантера, система взглядов К. Лешли и др. Б., исходя из того, что сознание будто бы недоступно для объективного изучения, отвергает его роль в качестве реального регулятора человеческой деятельности. Все психические явления сводятся к реакциям организма, преимущественно двигательным: мышление отождествляется с речедвигательными актами, эмоции — с изменениями внутри организма и т. д. За единицу поведения принимается связь стимула и реакции. Законы поведения, согласно Б., фиксируют отношения между тем, что происходит на «входе» (стимул) и «выходе» (двигательный ответ) системы организма. Процессы внутри этой системы (как психические, так и физиологические) Б., следуя позитивистской методологией, считает не поддающимися научному анализу, поскольку они недоступны прямому наблюдению. Основным методом Б. — наблюдение и экспериментальное изучение реакций организма в ответ на воздействия окружающей среды с целью выявления доступных математическому ожиданию корреляций между этими переменными. Подавляющую часть экспериментов сторонники Б. провели на животных (преимущественно на белых крысах), перенеся затем установленные на этом уровне закономерности на человека. Активность организма и роль его психической организации в преобразовании среды, как и социальная природа человека игнорируются. Идеи Б. оказали влияние на лингвистику, антропологию, социологию, семиотику и стали одним из истоков кибернетики. Бихевиористы внесли существенный вклад в разработку эмпирических и математических методов изучения поведения, в постановку ряда психологических проблем, в особенности касающиеся научения — приобретения организмом новых форм поведения. Основное значение Б. для развития категориального аппарата психологии (см. Категоризация) заключается в разработке категории действия Б., расширяя область психологии, включив в нее также внешние, телесные реакции. Вместе с тем вследствие методологических изъянов исходной концепции Б. уже в 20-х гг. XX в начался ее распад на ряд направлений, сочетающих основную доктрину с элементами других теорий (в частности, гештальтпсихологии, а затем психоанализа). Возник необихевиоризм. В настоящее время лишь немногие из американских психологов (наиболее последовательно и непримиримо — Б. Скиннер и его школа) продолжают защищать постулаты ортодоксального Б.

БЛОНСКИЙ Павел Петрович (1884-1941) — российский психолог и педагог. Б. рассматривал психологию как науку о поведении живых существ («Очерк научной психологии», 1921). Ему принадлежит ряд исследований по педологии («Педология», 1934, 1936) и возрастной психологии («Очерки детской сексуальности», 1935). Выступая за комплексный подход к изучению ребенка, Б. анализировал познавательные и волевые процессы в их связи с конкретной деятельностью ребенка в условиях обучения («Память и мышление», «Развитие мышления школьников», 1935). Он сформулировал генетическую (стадиальную) теорию памяти, согласно которой различные виды памяти — моторная, аффективная, образная и вербальная — описываются как этапы развития человека, его речи и мышления, изменения им окружающей действительности

БОДРСТВОВАНИЕ — поведенческое проявление активности нервной системы

или функционального состояния человека в условиях реализации им той или иной деятельности. Б периодически сменяется сном, образуя цикл Б. — сон.

БОЖОВИЧ Людмила Ильинична (1908-1981) — российский психолог. Основная область исследований — педагогическая и детская психология. Б изучала познавательные интересы школьников, осуществляла дифференцированный подход к выявлению мотивов учебной деятельности, и их связи со сферой социальных мотивов. Б. занималась анализом личностных конфликтов детей (см. Аффект неадекватности). Экспериментально исследовала функции самооценки, уровня притязаний и идеалов в мотивационно-потребностной сфере ребенка, природу и пути формирования устойчивой личности («Личность и ее формирование в детском возрасте», 1968).

БОЛЬ — психическое состояние, возникающее в результате сверхсильных или разрушительных воздействий на организм при угрозе его существованию или целостности. Б — ценнейшее приобретение эволюции животного мира. Исключительно велико клиническое значение Б как симптома нарушения нормального течения физиологических процессов, поскольку ряд патологических процессов человеческого организма дает себя знать в болевых ощущениях еще до появления внешних симптомов заболевания

БРЕД — не соответствующие реальности представления и умозаключения, в ошибочности которых патологически убежденного в их правильности субъекта невозможно разуверить Б. выступает симптомом мягких психических заболеваний, при этом его содержание может быть самым разнообразным: Б. преследования, отравления, ревности, величия и т. д. Б. необходимо отличать от сверхценных идей, при которых та или иная реальная жизненная проблема приобретает в сознании психически здорового субъекта чрезмерно большую (сверхценную) значимость.

БРЕНТАНО Франц (1838-1917) — австрийский философ. Используя идеи Аристотеля, Б. предложил план разработки новой психологии сознания («Психология с эмпирической точки зрения», 1873), в основу которой был положен постулат о принципиальном различии между областью душевных внутренних явлений и внешним физическим миром. Это различие, согласно Б., определяется тем, что сознание строится не из содержания (ощущений, образов и т. п.), а из актов (представлений, суждений и эмоциональной оценки), предполагающих «направленность на» или «интенцию». Б. критиковал за искусственность принятую в лабораториях экспериментальной психологии, процедуру членения сознания на элементы. По его мнению, психология должна изучать внутренний опыт в его реальном к естественном составе, включая производимые им действия (акты). Говоря об объективности сознания (каждый психический феномен в отличие от физического, характеризуется тем, что в нем интенционально сосуществует объект), Б. понимал под объектом не реальную, независимую от сознания вещь, а феномен, бытие которого дано в силу его актуализации субъектом. Это вело к представлению о субъекте как о системе актов, имеющей основание в самой себе и постигаемой посредством самонаблюдения. Положение Б. об активности, предметности, целостности сознания явилось основанием для возникновения ряда течений в западноевропейской психологии (функционализм (см. Функциональная психология), феноменологический подход Гуссерля (см. Феноменалистическая психология), Вюрцбургская школа и др.).

БУГЕРА—ВЕБЕРА ЗАКОН (иногда — закон Вебера) — установленная для случая различения одномерных сенсорных раздражителей прямо пропорциональная зависимость разностного порога (см. Порог ощущения) ΔI от величины раздражителя I , к которой адаптирована (см. Адаптация сенсорная) данная сенсорная система:

— = $K (const)$

Коэффициент К, получивший название отношения Вебера, различен для разных сенсорных раздражителей 0,003 — для высоты звука, 0,02 — для видимой яркости; 0,09

— для громкости звуков и т. д. Он фиксирует величину, на которую должен быть увеличен или уменьшен раздражитель, чтобы можно было получить едва заметное изменение ощущения. Данная зависимость была установлена в XVIII в. французским ученым П. Бугером и детально изучена впоследствии немецким физиологом Э. Г. Вебером. Дальнейшим развитием и отчасти интерпретацией Б.—В. з. является закон Фехнера (см. Вебера—Фехнера закон) БЭКОН Фрэнсис (Bacon F.) (1561-1626) — английский психолог, философ и политик, основатель эмпирической психологии. В своих книгах «Опыты» (1597), «Новый Органон» (1620) Б. выступал апологетом опытного, экспериментального зна-

ния, служащего покорению природы и усовершенствованию человека. Разрабатывая классификацию наук, он исходил из положения о том, что религия и наука образуют самостоятельные области. Такой деистический взгляд свойствен Б. и в подходе к душе. Выделяя боговдохновенную и телесную души, он наделяет их разными свойствами (ощущение, движение — у телесной, мышление, воля — у боговдохновенной), считая, что идеальная, боговдохновенная душа является объектом богословия, в то время как объектом науки являются свойства телесной души и проблемы, вытекающие из их исследования. Доказывая, что основа всех знаний заключается в опыте человека, Б. предостерегал против поспешных выводов, сделанных на основе данных органов чувств. Ошибки познания, связанные с психической организацией человека, Б. называл идолами, и его «учение об идолах» является одной из важнейших частей его методологии. Если для получения достоверных данных, базирующихся на чувственном опыте, необходимо проверять данные ощущений экспериментом, то для подтверждения и проверки умозаключений необходимо использовать разработанный Б. метод индукции. Правильная индукция, тщательное обобщение и сопоставление подтверждающих вывод фактов с тем, что опровергает их, дает возможность избежать ошибок, свойственных разуму (см. Рассудок и разум). Принципы исследования душевной жизни, подхода к предмету психологического исследования, заложенные Б., получили дальнейшее развитие в психологии Нового времени.

БЭН Александр (1818-1903) — английский психолог. Будучи одним из лидеров ассоциативной психологии, стремился придать ей физиологическую ориентацию, с тем, чтобы возможно теснее связать психические процессы с деятельностью мозга и органов чувств («Ощущения и интеллект», 1855; «Эмоции и воля», 1859), уделив особое внимание рефлексам, инстинктам, навыкам. Значительное место в его исследованиях отводилось мышечной системе организма, в деятельности которой признавалась спонтанность. Принципом спонтанной активности объяснялось формирование навыка путем повторения случайных действий, среди которых закрепляются те, что приводят к успеху. Сочетание спонтанности с механизмом (отбор полезного идет путем слепого поиска) послужило основой принципа «проб и ошибок» (см. Метод проб и ошибок), ставшего ведущим во многих психологических направлениях. В понимании ассоциаций Б. считал первичным смежность, вторичным — сходство. Он выделял особый вид творческих ассоциаций К традиционным пяти органам чувств присоединил органическое чувство (включавшее и мышечные ощущения). Отстаивал концепцию психофизического параллелизма.

БЮЛЕР Карл (1879-1963) — немецко-австрийский психолог. В первый период творчества примкнул к Вюрцбургской школе, где разрабатывал методики экспериментального изучения мышления, в частности метод свободного отчета испытуемого о своих психических процессах при решении сложных

задач. После первой мировой войны сосредоточился на изучении проблем развития детской психики. Б. была предложена схема трех стадий развития психики у животных и человека (инстинкт, навык, интеллект). Ряд его исследований посвящен проблемам теории и психологии языка к речи. Вопросы методологии научного познания Б. рассматривал в работе «Кризис психологии» (1927), считая, что выход этой науки из кризисной ситуации возможен путем интеграции трех основных направлений, интроспективной концепции сознания, бихевиористской концепции поведения (см. Бихевиоризм) и культурологических исследований психики, ставящих личность в зависимость от системы ценностей. В дальнейшем предпринял попытку дать собственную трактовку принципа целостности в жизнедеятельности человека и животных.

БЮЛЕР Шарлотта (1893-1974) — австрийский и американский психолог. Опираясь на исследования диагностики психического развития («Диагностика нервно-психического развития детей раннего возраста», 1935), разработала схему периодизации жизненного пути личности, положившую начало психобиографическому направлению в психологии. Человеческая жизнь, по Б., характеризуется четырьмя сосуществующими базисными тенденциями: удовлетворением потребностей, адаптивным самоограничением, творческой экспансией и установлением внутренней гармонии. Каждая из них может преобладать в различные периоды жизни личности, самоосуществление которой возможно в рамках любой из этих тенденций. Б. руководствовалась идеей уникальности жизненного пути, активности и самодетерминация субъекта, направленности на реализацию шлей, смыслов и -ценностей. Интеграция этой активности осуществляется личностью или «Я» без участия сознания. «Я» при этом выступает у Б. как изначально данное духовное образование, в основном не изменяющееся на протяжении жизненного пути.

ВАГНЕР Владимир Александрович (1848-1934) — российский биолог и психолог, основатель сравнительной психологии в РОССИИ. В. разработал объективный («биологический») метод исследования поведения животных, психику которых рассматривал как продукт длительной эволюции. Систематизировал огромный фактический материал, связанный с изучением инстинктов. Считал, что инстинктивные и разумные формы поведения животных восходят к рефлексам, но не могут быть и ним сведены. В. критиковал как «монизм сверху» (антропоморфизм в сравнительной психологии), так и «монизм снизу» (утверждение, согласно которому везде, от инфузорий до человека, психика определяется автоматизмами). В. разрабатывал теорию флуктуации (колебания) инстинктов, считая, что инстинкты представляют собой неустойчивые и колеблющиеся формы поведения. Основные труды В.: («Биологические основания сравнительной психологии», 1910-1913, «Возникновение и развитие психических способностей», 1924-1929) и др.

ВАЛИДНОСТЬ ТЕСТА (от англ. valid — действительный, пригодный, действенный) — один из основных (наряду с надежностью, репрезентативностью, объективностью, достоверностью и эффективностью) критериев оценки тестовых результатов. Понятие В. отражает прагматическую идею обязательной практической (применительно к науке, эмпирической) проверки качества измерения психологических свойств человека. Если раньше понятие В. чаще других ассоциировалось с понятием «качество теста», то в последние годы все больше осознается роль интерпретации тестовых результатов. Таким образом, В. — это, прежде всего, адекватность интерпретации тестовых результатов по отношению к цели тестирования, содержанию основного понятия (содержанию диагностируемого психического свойства) и применению результатов тестирования (в профотборе и других прикладных психологических

обследованиях). В контексте прикладной задачи В. представляет собой не столько критерий качества теста, сколько показатель меры соответствия теста цели тестирования.

ВАЛИДНОСТЬ ЭКСПЕРИМЕНТА (от англ. validity — полноценность) — достоверность (и степень достоверности) вывода, которую обеспечивают результаты реального эксперимента по сравнению с результатами безупречного эксперимента. Понятие «В», объединяет основные цели исследования с идеальными эталонами их достижения и реальными процессами проведения эксперимента.

БАЛЛОН Анри (1879-1962) — французский психолог, педагог. Наибольшую известность приобрели его исследования о связи действий с познанием («От действия к мысли», 1942), а также предложенная им схема онтогенетических стадий в развитии эмоциональных и познавательных сфер личности (см. Онтогенез).

ВВЕДЕНСКИЙ Александр Иванович (1856-1925) — русский философ и психолог. Развивал идеи кантианства, называя свою философскую систему «логицизмом». В работе «О пределах и признаках одушевления» (1892) В. утверждал, что чужая душевная жизнь объективных признаков не имеет и потому недоказуема и вместе с тем неопровержима. Исходя из этого, в сочинении «Психология без всякой метафизики» (1914) критиковал эмпирическую экспериментальную психологию. Идеи В. оказали заметное влияние на рефлексологию.

ВДОХНОВЕНИЕ — состояние своеобразного напряжения и подъема духовных сил, творческого волнения человека, ведущее к возникновению или реализации замысла и идеи произведения науки, искусства, техники. В. при всей своей кажущейся

самопроизвольности является, как правило, результатом предварительного напряженного труда.

ВЕБЕР (Weber) Эрнст Генрих (1795-1878) — немецкий анатом и физиолог, один из основоположников научной психологии. Иностранный член-корреспондент Петербургской Академии Наук (1869). Проводил исследования, прежде всего в области физиологии органов чувств: слуха, зрения, кожной чувствительности. Исследовал эффект температурной адаптации. Анализ осязания позволил ему выделить три вида кожных ощущений: ощущение давления и прикосновения, температурные ощущения, ощущения локализации. Разработал схему экспериментального исследования осязания, для чего сконструировал по типу циркуля особый прибор («эстезиометр», или «циркуль Вебера»), при помощи которого оценивал расстояние, достаточное, чтобы два прикосновения к поверхности кожи не сливались в одном ощущении. В этих исследованиях В. определил, что данное расстояние различно для различных участков кожи (так называемые «круги ощущения») и, следовательно, кожа обладает разной чувствительностью. В 1834 г. провел исследования соотношений ощущений и раздражителей, показавшие, что новый раздражитель, чтобы он воспринимался как отличающийся, должен в действительности отличаться на определенную величину от исходного, и что эта величина представляет собой постоянную пропорцию от исходного раздражителя. Это было отражено им в следующей формуле:

J

где J — исходный раздражитель, AJ — отличие нового раздражителя от исходного, K — константа, зависящая от типа рецептора). Так, чтобы два чистых звука воспринимались как различные, новый звук должен отличаться от исходного на $1/10$ величины, новый вес — на $1/30$, а для световых раздражителей эта пропорция — $1/100$. На основе данных исследований Г. Фехнером была выведена формула основного закона психофизики: ощущение изменяется пропорционально логарифму раздражителя (см. Вебера-Фехнера закон).

ВЕБЕРА-ФЕХНЕРА ЗАКОН — логарифмическая зависимость силы ощущения (Е) от физической интенсивности раздражителя (Р): $E = k \log P + c$, где k и c — некоторые постоянные, определяемые данной сенсорной системой. Эта зависимость была выведена немецким психологом и физиологом Г.-Г. Фехнером на основе закона Вебера (см. Бугера—Вебера закон) и дополнительного предположения о субъективном равенстве едва заметных различий ощущений. Эмпирические исследования подтверждают данную зависимость лишь для среднего участка диапазона воспринимаемых значений раздражителя. В.-Ф. з. обычно противопоставляется закон Стивенса (см. Стивенса закон), согласно которому эта зависимость носит степенной, а не логарифмический характер. Обобщение обеих формул дано Ю. М. Забродиным.

ВЕДУЩАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ — термин, выдвинутый А. Н. Леонтьевым для обозначения деятельности, с которой связано возникновение важнейших психических новообразований. Понятие «В. д.» в дальнейшем использовалось Д. Б. Элькониным для построения периодизации развития психики, основанной на поочередной смене В. д., в одном возрастном периоде (см. Возраст.), обеспечивающих преимущественное развитие мотивационно-потребностной, а на сменяющем его этапе — развитие операционально-технической сферы. При этом предполагалось, что каждому периоду соответствует четко фиксированная для него В. д.: 1) непосредственно-эмоциональное общение младенца со взрослым; 2) предметно-манипулятивная деятельность, характерная для раннего детства; 3) сюжетно-ролевая игра, характерная для дошкольного возраста; 4) учебная деятельность школьников; 5) интимно-личностное общение подростков; 6) профессионально-учебная деятельность, характерная для периода ранней юности. Считается, что В. д. не возникает сразу в развитой форме, а проходит определенный путь становления, а возникновение новой В. д. не означает исчезновения той, которая была ведущей на предшествующем этапе. Критическое рассмотрение представлений о роли В. д. в возрастном развитии не предполагает

отрицания ее значения, однако подвергает сомнению представление о жестком закреплении какой-либо одной В. д., априорно выделенной в каждом возрастном этапе (А. В. Петровский). В зависимости от социальной ситуации развития в группах разного уровня (см. Уровень группового развития) и состава (учащиеся, военные, несовершеннолетние правонарушители и т. п.) ведущий характер могут принимать различные виды деятельности, опосредствуя и формируя межличностные отношения. При этом предлагается различить В. д., которая призвана формировать общественно ценные психические новообразования (педагогический подход к проблеме В. д.), и В. д., которая реально формирует эти новообразования (психологический подход).

ВЕРА (в психологии) (от лат. *ventas* — истина, *verus* — истинный) — 1) особое состояние психики, заключающееся в полном и безоговорочном принятии человеком, его разумом и душой, фактов внутреннего и внешнего существования, живого, истинного откровения, фиксируясь в идеях и образах, эти факторы могут стимулировать и направлять последующие деяния человека; 2) «признание чего-либо истинным с такой решительностью, которая превышает силу внешних фактических и формально-логических доказательств. Это не значит, что истины В. не подлежат никаким доказательствам, а значит только, что сила В. зависит от особого самостоятельного психического акта, не определяемого всецело эмпирическими и логическими основаниями» (Вл. Соловьев) В и неверие являлись предметом исследования многих поколений теологов, философов, а в последнее время и психологов. Поскольку человек постоянно сталкивается с разнообразными ситуациями, требующими от него принятия решения, а полной информацией он, как правило, не располагает, то это вынуждает его либо верить (доверять и вверяться) кому-либо или чему-либо, либо сомневаться, не верить, отвергать

предложенное или случившееся. Принято связывать понятие В. преимущественно с религиозной В., а все остальные варианты его использования называть светской В. В философской литературе последнего времени выделяется еще понятие духовной В., частично пересекающееся с религиозной В. Содержательно понятие В. двойственно (дуалистично), поскольку, с одной стороны, отражает трактовку разума (трезвого, сомневающегося рассудка), а с другой — трактовку некоторых религиозных систем (например, христианства), в которых В. выступает центральной мировоззренческой аксиомой. С религиозных позиций В. есть следствие непосредственно чувствуемого, переживаемого и осознаваемого разумом человека живого и истинного откровения. Такая В. не подвержена сомнениям, не требует доказательств и обнаруживает себя как созерцание факта невидимого, проявленного в факте видимом (А. Хомяков). Объекты В. (разнообразные представления, факты, явления природной, социальной и духовно-интеллектуальной действительности и т. п.) не даны субъекту чувственно (иначе они будут объектами знания), а предполагаются как вероятные, выступающие в форме возможности. Если возможность переходит в действительность, то В. переходит в уверенность (твердое знание, отсутствие сомнений). В качестве субъекта В. могут выступать: отдельный индивид, социальная группа, общество, все человечество. При этом В., как особое состояние субъекта, отражает не только то конкретное, на что она направлена (предмет В.), но, главным образом, эмоциональное и ценностное отношение к нему, отражающее потребности и интересы этого субъекта.

ВЕРБАЛЬНЫЙ (от лат. *ver-balis* — словесный) — термин, применяемый в психологии для обозначения форм знакового материала (см. Знак), а также процессов оперирования с этим материалом.

ВЕРОЯТНОСТНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ — предвосхищение будущего, основанное на вероятностной структуре прошлого опыта и информации о наличной ситуации (И. М. Фейгенберг). Прошлый опыт и наличная ситуация дают основание для создания гипотез о предстоящем будущем, причем каждой из гипотез приписывается определенная вероятность. В соответствии с В. п. осуществляется преднастройка — подготовка к соответствующим действиям индивида. В. П. изучается в рамках физиологии активности.

ВЕРТЕЙМЕР Макс (1880-1943) — немецкий психолог, представитель гештальт-психологии. Выступал с критикой ассоциативного направления в психологии (см. Ассоцианизм), экспериментально доказав, что сознание строится из целостных образов (гештальтов), неразложимых на отдельные сенсорные элементы. Согласно В. эти образы являются первичными, имеют особые характеристики и подчинены законам, отличным от установленных для простейших ощущений. Свойства частей определяются структурой, и в которой они могут вычленяться только искусственно. Критику ассоцианизма В. сочетал с критикой физиологии, исходящей из представления об отдельных нервных элементах и связывающих их путях. Этой физиологии он противопоставил трактовку нервной деятельности как целостной, динамической структуры, подобной «полю».

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ (в психологии) — процесс непосредственного или опосредованного воздействия объектов (субъектов) друг на друга, порождающий их взаимную обусловленность и связь. В. выступает как интегрирующий фактор, способствующий образованию структур. Особенностью В. является его причинная обусловленность. Каждая из взаимодействующих сторон выступает как причина другой и как следствие одновременного обратного влияния противоположной стороны, что обуславливает развитие объектов и их структур. Если в процессе В. обнаруживается противоречие, то оно выступает источником самодвижения и саморазвития структур. В. как материальный процесс сопровождается передачей материи, движения и информации. Оно относительно,

осуществляется с конечной скоростью и в определенном пространстве-времени. Однако эти ограничения действуют лишь для непосредственного В. Для опосредованных форм В. пространственно-временных ограничений не существует.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ АНАЛИЗАТОРОВ — одно из проявлений единства сенсорной сферы (см. Сенсорная система). Наиболее полно изучены изменения функционального состояния одного анализатора в результате стимуляции другого. Явления этого типа описал еще М. В. Ломоносов, искавший их объяснение в области физики. Большой экспериментальный материал по В. а., накопленный исследователями, был систематизирован С. В. Кравковым (1948). В. а. проявляется также в совместной работе анализаторов, дающих субъекту информацию о таких сторонах окружающего мира, о которых ни один из этих анализаторов сам по себе не приносит информации.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕЖЛИЧНОСТНОЕ — 1) в широком смысле — случайный или преднамеренный, частный или публичный, длительный или кратковременный, вербальный или невербальный личный контакт двух и более человек, имеющий следствием взаимные изменения их поведения, деятельности, отношений, установок¹, 2) в узком смысле — система взаимно обусловленных индивидуальных действий, связанных циклической причинной зависимостью, при которой поведение каждого из участников выступает одновременно и стимулом, и реакцией на поведение остальных. Различают два основных типа В. м. — сотрудничество (кооперацию), когда продвижение каждого из партнеров к своей цели способствует или, как минимум, не препятствует реализации целей остальных, и соперничество (конкуренцию), когда достижение цели одним из взаимодействующих индивидов затрудняет или исключает осуществление целей других участников совместного действия (см. Конфликт).

ВИТАЛИЗМ — (от лат. *vitalis* — жизненный) — учение, противопоставляющее органические (жизненные) процессы другим процессам природы, полагая, что первые управляются особой, целесообразно действующей жизненной силой. В этом учении неадекватно преломилось знание о целостности, активности, самоорганизации живых систем. Вопреки В. специфика причинных факторов, отличающих живую природу от неорганической, не дает оснований усматривать в них действие нематериальных агентов. В то же время, подвергнув критике механические и «атомарные» (отрицающие или игнорирующие изначальную целостность живых субстратов) воззрения на организм и его функции, В. побудил исследователей в области биологии и психологии искать новые решения проблемы своеобразия живого вещества без обращения к сверхъестественным силам

ВЛАСТЬ — аспект выражения господства и подчинения в отношениях между людьми В является социально необходимым условием управления, сопровождается направленной передачей информации и реализуется в поведении. В. действительно эффективна лишь при постоянно функционирующей обратной связи (feedback), по которой поступает поток информации о том, насколько властные решения целесообразны и эффективны. В тоталитарном обществе этот поток ограничен и В. функционирует при ослабленной или отсутствующей ее коррекции.

ВЛЕЧЕНИЕ — психическое состояние, выражающее недифференцированную, неосознанную или недостаточно осознанную потребность субъекта. В. является преходящим явлением, поскольку представленная в нем потребность либо угасает, либо осознается, превращаясь в конкретное желание, намерение, мечту и др. В. — одно из центральных понятий психоанализа.

ВЛИЯНИЕ (в психологии) — процесс и результат изменения индивидом поведения другого человека, его установок, намерений, представлений, оценок и т. п. в ходе взаимодействия с ним. Различают направленное и ненаправленное В. Механизмом первого являются убеждение и внушение. В

этом случае субъект ставит перед собой задачу добиться определенного результата от объекта В. В отличие от направленного В. ненаправленное В подобной специальной задачи не имеет, хотя эффект воздействия возникает, проявляясь нередко в действии механизмов заражения и подражания.

ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНО-РОЛЕВОЕ — вид влияния, характер, интенсивность и направленность которого определяются не личностными особенностями партнеров по взаимодействию, а их ролевыми позициями. В отличие от индивидуально-специфического влияния (см. Индивидуально-специфическое влияние) В. ф.-р. осуществляется благодаря трансляции образцов активности, регламентированных ролей расстановкой сил и демонстрации определенного набора способов действия, не выходящих за пределы ролевых предписаний.

ВЛОЖЕННЫЙ ТРУД — психологический феномен, состоящий в том, что субъект в большей степени, чем другими компонентами (например, затраченным временем), дорожит вкладываемым в деятельность личностно значимым отношением к ней, реализующим его возможности, в особенности творческие. Вследствие своей социальной сущности субъект испытывает потребность в том, чтобы ценимое и переживаемое им как В. т. стало предметом признания и положительной оценки со стороны других. При игнорировании В. т. личности у нее падает мотивация, появляется равнодушие, безразличие (см. Апатия)', последующая деятельность выполняется формально, без мотивационного напряжения, необходимого для высокого уровня достижений.

ВНИМАНИЕ — сосредоточенность деятельности субъекта в данный момент времени на каком-либо реальном или идеальном объекте (предмете, событии, образе, рассуждении и т. д.). Выделяют три вида В. Наиболее простым и генетически исходным является произвольное В. Оно имеет пассивный характер, так как навязывается субъекту внешними по отношению к целям его деятельности событиями. Физиологическим проявлением этого вида В. служит ориентировочная реакция. Если деятельность осуществляется в русле сознательных намерений субъекта и требует с его стороны волевых усилий, то говорят о произвольном В. Оно отличается активным характером, сложной структурой, опосредствованной социально выработанными способами организации поведения и коммуникации, и по своему происхождению связано с трудовой деятельностью. По мере развития операционально-технической стороны деятельности в связи с ее автоматизацией и переходом действий в операции, а также в результате изменений мотивации (например, сдвиг мотива на цель) возможно появление так называемого постпроизвольного В. При этом сохраняется соответствие направленности деятельности сознательно принятым целям, но ее выполнение уже не требует специальных умственных усилий и ограничено во времени лишь утомлением и истощением ресурсов организма. К числу характеристик В., определяемых путем экспериментальных исследований, относятся, избирательность, объем, устойчивость, возможность распределения и переключаемости.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ — возникающий у больного целостный образ своего заболевания. Понятие В. к. б; введено А. Р. Лурия, продолжившего развитие идей А. Гольдшейдера об «аутопластической картине заболевания». По сравнению с целым рядом сходных терминов медицинской психологии («переживание болезни», «сознание болезни», «отношение к болезни» и др.) «В. к. б.» является наиболее общим и интегративным. Первоначальное представление в структуре В. к. б, включающей два уровня (сензитивный и интеллектуальный}, в дальнейшем было дифференцировано путем выделения четырех уровней. 1) чувственный-----комплекс болезненных ощущений; 2) эмоциональный — переживание заболевания и его последствий; 3) интеллектуальный — знание о болезни и ее реальная оценка; 4)

мотивационный — выработка определенного, отношения к заболеванию, изменение образа жизни и актуализация деятельности, направленной на выздоровление. Знание В. к. б необходимо для правильной диагностики и лечения заболеваний (см. Психосоматика)

ВНУТРЕННЯЯ РЕЧЬ— см Речь внутренняя.

ВНУТРИ ГРУППОВАЯ ЭКСПЕРТНАЯ ВЗАИМООЦЕНКА — социально-психологический метод, основанный на оценках разнообразных личностных и межличностных характеристик путем взаимного опроса членов группы, которые выступают в роли экспертов (компетентных судей), оценивающих поведение друг друга в значимых ситуациях общения » совместной деятельности.

ВНУТРИГРУППОВОЙ ФАВОРИТИЗМ (от лат favor — благосклонность) — стремление каким-либо образом благоприятствовать членам собственной группы в противовес членам другой группы. В. ф может проявляться как во внешне наблюдаемом поведении и различных ситуациях социального взаимодействия, так и в процессах социального восприятия (см Перцепция социальная).

ВНУШАЕМОСТЬ — степень восприимчивости к внушению, определяемая субъективной готовностью подвергнуться и подчиниться внушающему воздействию. В. является характеристикой индивида, зависимой от ситуативных и личностных факторов. К числу свойств личности, благоприятствующих повышенной В, относятся неуверенность в себе, низкая самооценка, чувство собственной неполноценности (см. Комплекс), покорность, робость, стеснительность, доверчивость, тревожность, экстравертированность (см. Экстраверсия), повышенная эмоциональность, слабость логического мышления, медленный темп психической деятельности.

ВНУШЕНИЕ (или суггестия) (лат sugestio — процесс воздействия на психическую сферу человека, связанный со снижением сознательности и критичности при восприятии и реализации внушаемого содержания, с отсутствием целенаправленного активного его понимания, развернутого логического анализа и оценки в соотношении с прошлым опытом, и данным состоянием, субъекта. Содержанию сознания., усвоенному по механизму В, в дальнейшем присущ навязчивый характер, оно с трудом поддается осмыслению и коррекции, представляя собой совокупность «внушенных установок», В. является компонентом обычного человеческого общения, но может выступать и как специально организованный вид коммуникации, предполагающий некритическое восприятие сообщаемой информации и противоположный убеждению. В. осуществляется .в форме гетеросуггестии (воздействия со стороны) и аутосуггестии {самовнушения). Объектом гетеросуггестии (суггерендом) может быть как отдельный человек, так и группа, социальный слой и т. д. (феномен массового В.); источником В. (суггестором) — индивид, группа, средства массовой информации. В., производимое группой, является одним из факторов конформности. Аутосуггестия предполагает объединение в одном лице суггестора и суггеренда. В. достигается вербальными (слова, интонация) и невербальными (мимика, жесты, действия другого человека, окружающая обстановка) средствами. На В. отчасти основано .воздействие некоторых

средств массовой коммуникации, рекламы, моды, обычаев, формирование веры- В. широко применяется в медицине для коррекции психического и соматического состояния больного (психотерапия) (см Гипноз)

ВОЕННАЯ ПСИХОЛОГИЯ— прикладная отрасль психологической науки, которая изучает закономерности и механизмы функционирования психики человека, обусловленные его включенностью в воинскую деятельность (учебно-боевую и боевую), а также психологические закономерности становления конкретных видов воинской деятельности В. п. развивалась по четырем основным направлениям: 1) психология личности воина; 2)

психология группы и межличностного взаимодействия в армии; 3) психология воинской деятельности в мирное время; 4) психология боя и войны. К 90-м годам нынешнего века внутри В. п. как дисциплины отчетливо выделились новые исследовательские направления и программы, ориентированные на различные типы исследовательских задач: психология управления боем, военная конфликтология, психология боевого дежурства, военная психотерапия, психологическая подготовка, военная профессиология, морально-психологическое обеспечение воинской деятельности, военноморская психология, психологическое обеспечение безопасности полетов и др.

ВОЗБУЖДЕНИЕ — свойство живых организмов, активный ответ возбудимой ткани на раздражение. Для нервной системы В — основная функция. Клетки, образующие нервную систему, обладают свойством проведения В из того участка, где оно возникло, в другие участки и на соседние клетки.

ВОЗДЕЙСТВИЕ (в психологии) — целенаправленный перенос движения, информации на других (в том числе материальных агентов) от одного участника взаимодействия к другому В может быть непосредственным (контактным), когда движение и заключенная в нем информация передаются в форме импульса движения (например, прикосновения или удара), и опосредованным (дистантным), когда информация и закодированный в ней импульс движения передаются в форме комплекса сигналов, несущих сообщение о чем-либо и ориентирующих воспринимающую систему относительно смысла и значения этих сигналов. По степени изменения в состоянии, поведении и личностно-смысловых образованиях субъекта, на которого было направлено В, можно судить о степени влияния на него воздействующего субъекта (или объекта).

ВОЗРАСТ (в психологии) — категория, служащая для обозначения временных характеристик индивидуального развития. В отличие от хронологического В., выражающего длительность существования индивида с момента его рождения, понятие психологического В. обозначает определенную, качественно своеобразную ступень онтогенетического развития (см. Онтогенез), обусловливаемую закономерностями формирования организма, условиями жизни, обучения и воспитания и имеющую конкретно-историческое происхождение (см. Детство, Юность, Зрелость, Старость)

ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА — одна из разновидностей условной большой группы людей, объединяемых по признаку возраста. В соответствии с возрастной периодизацией выделяются группы дошкольников, младших школьников, подростков, старшеклассников, студентов, молодежи, групп среднего возраста, зрелого возраста и т. д.

ВОЗРАСТНАЯ ПСИХОЛОГИЯ — отрасль психологической науки, изучающая закономерности этапов психического развития и формирования личности на протяжении онтогенеза человека от рождения до старости. В п. оформилась в качестве самостоятельной области знания к концу XIX в. Возникнув как детская психология, В. п. долго ограничивалась изучением закономерностей психического развития ребенка, однако запросы современного общества и логика развития науки сделали очевидной необходимость целостного анализа онтогенетических процессов и междисциплинарных исследований. В настоящее время разделами В. п. являются детская психология (см. Детство), психология юности (см. Юность), психология зрелого возраста (см. Зрелость), геронтопсихология (см. Старость) и др. В. п. стремится к

раскрытию психологического содержания последовательных этапов онтогенеза, изучает возрастную динамику психических процессов, что невозможно без учета влияния на индивидуальное развитие человека культурно-исторических, этнических и социально-экономических условий

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ (в психологии) — специфические свойства личности индивида, его психики, закономерно изменяющиеся в процессе

смены возрастных стадий развития (см Возраст) Характеристика В о основана на выявлении психологического содержания процесса развития познавательных способностей и формирования личности на последовательных возрастных этапах онтогенеза. В. о. образуют определенный комплекс многообразных свойств, включая познавательные, мотивационные (см. Мотивация), эмоциональные (см. Эмоции), перцептивные (см. Перцепция) и другие характеристики индивида. В отличие от широко варьирующихся индивидуальных особенностей (см. Дифференциальная психология), возрастные изменения отражают такие преобразования, которые происходят в психике большинства представителей данной культуры или субкультуры при сравнительно одинаковых социально-экономических условиях.

ВОЛЮНТАРИЗМ (от лат. *voluntas* — воля) — течение в психологии и философии, признающее волю особой, надприродной силой, лежащей в основании психики и бытия в целом. Согласно В., волевые акты ничем не определяются, но сами определяют ход психических процессов. Идея о приоритете воли в жизни человеческой личности возникла в период краха античного мировоззрения, когда было поставлено под сомнение убеждение в том, что главной духовной силой является разум (см Рассудок и разум), мышление Одним из первых утвердил принцип воли религиозный мыслитель Августин (354-430), согласно которому воля управляет действиями души и тела, побуждает душу к самопознанию, строит из телесных впечатлений вещей их образы, извлекает из души заложенные в ней идеи и т. п. Немецкие философы А. Шопенгауэр и Э. Гартман абсолютизировали волю, объявив ее космической силой, слепым и бессознательным первоначалом, производными от которого являются все психические проявления человека В дальнейшем под влиянием этой разновидности В. в так называемой глубинной психологии (см. Психоанализ; Аналитическая психология) сложилось представление об иррациональном природе влечений, движущих человеческим поведением. Сторонниками В. являлись также немецкий философ и психолог В. Вундт., согласно которому психическая причинность получает высшее выражение в волевом акте, прежде всего в апперцепции, американский философ и психолог У. Джеймс, считавший, что решающая роль в поступке принадлежит ничем не обусловленному волевому решению («Fiat!» (лат) — «Да будет!»), немецкий психолог Г. Мюнстерберге, отстаивавший господство воли над остальными психическими функциями, и другие западные психологи конца XIX — начала XX в. Присущую человеку способность к самостоятельному выбору цели и способов ее достижения, а также способность принятия решений., выражающих его личностные установки и собственные убеждения., В. истолковывает как эффект действия стоящей за этими актами особой иррациональной духовной сущности.

ВОЛЯ — свойство человеческой психики, проявляющееся в активной самодетерминации и саморегуляции им своей деятельности и поведения вопреки внешним и внутренним препятствиям, влияниям и воздействиям. Понятие В было введено в античный период для объяснения порождения действия, но не всякого, а лишеного стремления человека к нему. Как и два других основных понятия (разум и чувство) понятие В. в истории науки дифференцировалось. Из проблемы В. выделились как самостоятельные исследование свободы воли, принятие решений, целеобразование, а в последнее время и саморегуляции. Произошла также и смена проблемы, в рамках которой ставился вопрос о необходимости понятия В. Первоначально в работах Аристотеля В. вводилась в связи с проблемой порождений действие на основе разумного решения, о его необходимости, но мотивационно необеспеченного. Т. е. речь шла о действиях необходимых, но не имеющих субъективно переживаемых желаний к ним (обратная задача, связана с торможением желаемого действия, но социально или личностно неприемлемого). Затем В. стала наделяться функцией выбора в

случае конфликтов мотивов и целей. Такое понимание В ярко представлено в работах Спинозы. В XX веке проблема В стала обсуждаться в связи с задачей преодоления препятствий, снижающих побуждение к действию. В работах К. Н. Корнилова, В. И. Селиванова, П. А. Рудика, А. Ц. Пуни и других В. связывалась с мобилизацией усилий по преодолению внешних и внутренних препятствий, возникающих при реализации действий. Л. С. Выготский поставил проблему В. в связи с задачей «овладения собой», т. е. развития произвольности, сознательного управления человеком своими процессами и поведением. В настоящее время существует несколько вариантов понимания и исследования В.: либо выделение всех реальностей, для которых вводилось понятие В., и выбор одной из них как отвечающей современному пониманию В., либо выделение во всех реальностях того общего, что позволяет все их связать с В.; либо изменение содержания понятия В. для обозначения какой-то новой реальности.

ВООБРАЖЕНИЕ — психический процесс, выражающийся 1) в построении образа, средств и конечного результата предметной деятельности субъекта; 2) в создании программы поведения, когда проблемная ситуация, неопределенна; 3) в продуцировании образов, которые не программируют, а заменяют деятельность; 4) в создании образов, соответствующих описанию объекта. Важнейшее значение В. в том, что оно позволяет представить результат труда до его начала, тем самым ориентируя человека в процессе деятельности. Создание с помощью В. модели конечного или промежуточного продукта труда способствует его предметному воплощению.

ВОСПИТАНИЕ (психологический аспект) — 1) в широком смысле — процесс социализации индивида, становления и развития его как личности на протяжении всей жизни в ходе собственной активности и под влиянием природной, социальной и культурной среды, в т. ч. специально организованной целенаправленной деятельности родителей к педагогов; 2) обретение индивидом общественно признанных и одобряемых данным сообществом социальных ценностей, нравственных и правовых норм, качеств личности и образцов поведения в процессах образования. В обоих этих значениях В. представляет собой взаимодействие внутренних, психических процессов, связанных с активным полаганием себя вовне, самовоспитанием, саморазвитием и самореализацией, и внешних влияний; результатом такого взаимодействия выступает индивидуальность человека как уникальный сплав интеллектуального и социокультурного знания, переживания и опыта. Содержательная характеристика В. воплощается в конечном счете в категориях права, морали и нравственности.

ВОСПОМИНАНИЕ — извлечение из долговременной памяти: (см. Память долговременная) образов, прошлого, мысленно локализуемых во времени и пространстве. В. может быть произвольным (припоминание) и произвольным, когда образы спонтанно возникают в сознании (см. Персеверация). При произвольном В. какого-либо события сознательно восстанавливается отношение к нему, что может сопровождаться сопутствующими этому эпизоду эмоциями. Реконструкция, или восстановление, прошлого опыта никогда не бывает буквальной. Степень несовпадения В. и прошлого события зависит от динамики развития личности (ее установок, мотивов, целей), от давности припоминаемого события, а также от значимости его для субъекта. Продуктивность В. зависит от мнемических средств (см. Мнемоника), а также от условий, в которых запоминался эпизод.

ВОСПРИЯТИЕ — целостное отражение предметов, ситуаций и событий, возникающее при непосредственном воздействии физических раздражителей на рецепторные поверхности (см. Рецептор) органов чувств. Вместе с процессами ощущения В. обеспечивает непосредственно-чувственную ориентировку в окружающем мире. Будучи необходимым этапом познания, оно всегда в большей или меньшей степени связано с мышлением, памятью,

вниманием, направляется мотивацией и имеет определенную аффективно-эмоциональную окраску (см. Аффект, Эмоции). Следует различать В, адекватное реальности, и иллюзии. Решающее значение для проверки и коррекции перцептивного образа (от лат. perceptio — восприятие) является включенность В. в процессы практической деятельности, общения и научного исследования. Возникновение первых гипотез о природе В. относится к античности. В целом ранние теории В. соответствовали положениям традиционной ассоциативной психологии. Решающий шаг в преодолении ассоцианизма в трактовке В. был сделан, с одной стороны, благодаря развитию И. М. Сеченовым рефлекторной концепции психики, а с другой — благодаря работам представителей гештальт-психологии, показавших обусловленность наиболее важных феноменов В. (таких, как константность) неизменными отношениями между компонентами перцептивного образа. Изучение рефлекторного строения В. привело к созданию теоретических моделей В, в которых важная роль отводится эфферентным (центробежным), в том числе двигательным, процессам, подстраивающим работу перцептивной системы к характеристикам объекта (А. В. Запорожец, А. Н. Леонтьев). Примерами могут служить движения руки, ощупывающей предмет, движения глаз, прослеживающих видимый контур, напряжение мышц гортани, воспроизводящих слышимый звук.

Динамика процесса опознания в большинстве случаев адекватно описывается так называемым «законом перцепции» (Н. //Лонге): первоначально выделяется лишь общее и диффузное представление о предмете, которое затем сменяется более определенным и детальным В. Происходящее на основе выделения обобщенных, иногда социально фиксированных, систем признаков опознание осуществляется за значительно более короткое время (порядка долей секунды), чем процессы первоначального перцептивного научения, на которые в отдельных случаях могут уходить месяцы и годы (например, формирование навыков чтения). Осуществляемая при опознании благодаря взаимодействию В. и памяти категоризация предметов, событий и ситуаций близка, а иногда идентична понятийной категоризации. С процессами мышления В. сближает также возможность трансформации образа с целью приведения его к виду, пригодному для принятия решения. Подобные преобразования, часто неосознаваемые, могут способствовать решению стоящих перед субъектом задач. Таким образом, В. — не пассивное копирование мгновенного воздействия, а живой, творческий процесс познания.

ВОСПРИЯТИЕ МЕЖГРУППОВОЕ — процессы социальной перцепции (см. Перцепция социальная), в которых как субъектом, так и объектом восприятия выступают социальные группы. В. м. — это взаимное восприятие групп, а не отдельных их членов. Оно отличается от восприятия межличностного структурными характеристиками (согласованностью и унифицированностью), динамическими характеристиками — большей устойчивостью и консервативностью межгрупповых социально-перцептивных процессов по сравнению с процессами межличностными и содержательными характеристиками (тесной связью когнитивных и эмоциональных моментов (см. Эмоции), большей оценочностью, чем при восприятии межличностном). Указанные характеристики и особенности В. м. в концентрированном виде выражаются в таких феноменах, как внутригрупповой фаворитизм, групповая каузальная атрибуция, социальная стереотипизация.

ВОСПРИЯТИЕ МЕЖЛИЧНОСТНОЕ — восприятие, понимание и оценка человека человеком. Значительное число исследований В. м. посвящено изучению формирования первого впечатления о человеке. В них выясняются закономерности «достраивания» образа другого человека на основе наличной, нередко ограниченной информации о нем и при выявлении актуальных

потребностей воспринимающего субъекта, фиксируется действие механизмов, приводящих к искажению В. м. (см. Эффект недавности, Эффект ореола и др.). Важной особенностью В. м. является не столько восприятие качеств человека, сколько восприятие его во взаимоотношениях с другими людьми (восприятие предпочтений в группе, структуры группы и т. д.). Исследование роли совместной деятельности в В. м., являясь одной из центральных теоретических проблем в этой области социально-психологического знания, определяет экспериментальную программу его изучения. Важнейшие из изученных

механизмов В. м. следующие: 1) идентификация — понимание и интерпретация другого человека путем отождествления себя с ним; 2) социально-психологическая рефлексия — понимание другого путем размышления за него, 3) эмпатия — понимание другого человека путем эмоционального вчувствования в его переживания, 4) стереотипизация — восприятие и оценка другого путем распространения на него характеристик какой-либо социальной группы и др. Предпринимаются попытки вычленить некоторые более универсальные механизмы В. м. которые обеспечивают стабилизацию, категоризацию, отбор, ограничение и т. п. информации, что является необходимым условием любого перцептивного (см. Восприятие) процесса, в том числе процессов В. м. На открытие таких универсальных механизмов претендовали когнитивного диссонанса теория, имплицитная теория личности. Однако ни одна из них не дает удовлетворительного решения проблемы (см. Атрибуция каузальная).

ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ — доступное для наблюдения умственное действие, заключающееся в восстановлении и реконструкции актуализированного содержания в той или иной знаковой форме. В отличие от узнавания, осуществляется без повторного восприятия стимула и может выступать в произвольной и непроизвольной форме. Произвольное В. вызывается репродуктивной задачей, которая либо ставится субъектом самому себе, либо ставится ему другими людьми.

ВРЕМЕННАЯ СВЯЗЬ — синоним условного рефлекса. В настоящее время трактуется как общее понятие, включающее наряду с условными рефлексам, требующими для своей реализации нервной системы, их аналоги, которые могут быть выработаны у простейших организмов, лишенных нервной системы.

ВРЕМЯ РЕАКЦИИ — временной интервал между предъявлением какого-либо сигнала (оптического, акустического, тактильного и т. д.) и началом обусловленного инструкцией ответа испытуемого на этот сигнал. Время простейшей двигательной реакции, фиксирующей факт появления некоторого сигнала («реакция обнаружения»), обычно составляет около 0,2 сек. В случае более сложных задач, таких, как выделение одного из нескольких возможных сигналов («реакция различения») «ли выбор одной из нескольких форм ответа («реакция выбора»), В. р. увеличивается. С помощью регистрации В. р. осуществляется также хронометрирование процессов решения задач, например, рассуждения по аналогии или понимания фразы. В. р. зависит от вида сигнала, характера задачи, типа ответа, направленности внимания, установки, психологического состояния испытуемого, а также от более устойчивых индивидуальных его особенностей. Хронометрирование все шире применяется в общей и инженерной психологии, и нейропсихологии, психолингвистике и других, преимущественно экспериментальных, разделах современной психологии. Это объясняется абсолютным характером временной шкалы, не допускающим произвольных трансформаций.

ВТОРАЯ СИГНАЛЬНАЯ СИСТЕМА — см Сигнальные системы.

ВУДВОРТС Роберт (1869-1962) — американский психолог. Представитель одного из направлений функциональной психологии, названного динамической психологией, согласно положению В. о том, что важнейшая

роль в организации поведения принадлежит его внутренним движущим силам (динамике мотивов) («Динамическая психология», 1918). Считал исходную формулу бихевиоризма неполной, поскольку в нее не включена в качестве опосредствующего звена между внешним стимулом и внешней реакцией такая детерминанта, как организм, с присущими ему мотивационными параметрами. .

ВУНДТ Вильгельм (1832-1920) — немецкий психолог, физиолог, философ и лингвист. Выдвинул план разработки физиологической психологии как особой науки, использующей метод лабораторного эксперимента для расчленения сознания на элементы и выяснения закономерной связи между ними («Основания физиологической психологии», 1880-1881). Созданная В. в 1879 г. первая в мире психологическая лаборатория стала международным центром экспериментальной психологии; в ней изучались ощущения, время реакции на различные раздражители, ассоциации, внимание, простейшие чувства человека. Предметом психологии В. считал непосредственный опыт — доступные самонаблюдению явления или факты сознания («Введение в психологию», 1912). Согласно В., высшие психические процессы (речь, мышление, воля) недоступны эксперименту, и потому они должны изучаться культурно-историческим методом. В. разделял идеи психофизического параллелизма. В области сознания, полагал он, действует особая психическая причинность, а поведение человека определяется апперцепцией (восприятием, требующим напряжения воли). Опыт психологического истолкования мифа, религии, искусства и других явлений культуры В. предпринял в «Психологии народов» (1900-1920).

ВЫГОТСКИЙ Лев Семенович (1886-1934) — российский психолог. Разработал, ориентируясь на методологию марксизма, учение о развитии психических функций в процессе опосредствованного общением освоения индивидом ценностей культуры. Культурные знаки (прежде всего знаки языка) служат своего рода орудиями, оперируя которыми субъект, воздействуя на другого, формирует собственный внутренний мир, основными единицами которого являются значения (обобщения, когнитивные компоненты сознания) и смыслы (аффективно-мотивационные компоненты). Психические функции, данные природой («натуральные»), преобразуются в функции высшего уровня развития («культурные»). Так, механическая память становится логической, ассоциативное (см. Ассоциация) течение представлений — целенаправленным мышлением или творческим воображением, импульсивное действие — произвольным и т. п. Все эти внутренние процессы — продукт интериоризации. «Всякая функция в культурном развитии ребенка появляется на сцену дважды, в двух планах, — сперва социальном, потом — психологическом. Сперва между людьми как категория интерпсихическая, затем внутри ребенка как категория интрапсихическая». Зарождаясь в прямых социальных контактах ребенка со взрослыми, высшие функции затем «вращиваются» в его сознание. «История развития высших психических функций», 1931). На основе этой идеи В. было создано новое направление в детской психологии, включающее положение о «зоне ближайшего развития», оказавшее большое влияние на современные отечественные и зарубежные экспериментальные исследования развития поведения ребенка. Принцип развития сочетался в концепции В. с принципом системности. Он разработал понятие о «психологических системах», под которыми понимались целостные образования в виде различных форм межфункциональных связей (например, связей между мышлением и памятью, мышлением и речью). В построении этих систем главная роль была придана первоначально знаку, а затем — значению как «клеточке», из которой разрастается ткань человеческой психики в отличие ее от психики животных. Совместно с учениками В. экспериментально проследил основные стадии преобразования значений в онтогенезе («Мышление и речь», 1934), предложил адекватную принципу

развития гипотезу о локализации психических функций как структурных единиц деятельности головного мозга. Идеи В. оплодотворили не только психологию и ее различные отрасли, но также другие науки о человеке (дефектологию, языкознание, психиатрию, искусствознание, этнографию и др)-

ВЫРАЗИТЕЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ — внешнее выражение психических состояний, особенно эмоциональных (см. Эмоции), проявляющиеся в мимике (В. д. мышц лица), пантомимике (В. д. всего тела) и «вокальной мимике» — динамической стороне речи (интонация, тембр, ритм, вибрато голоса), в экспрессии, которая может быть решающей в интерпретации значения произносимых высказываний. В. д. часто сопровождаются изменениями пульса, дыхания, функционирования эндокринных желез и т. д. Огромное влияние на развитие В. д. человека оказало его историческое развитие, возникновение чисто человеческих чувств. В процессе общения людей В. д. обогащаются и дифференцируются, приобретая характер образного «языка», специфического кода для передачи многообразных оттенков чувств, оценок, отношений к событиям и явлениям. Правильная интерпретация В. д. осуществляется в процессе более или менее сознательного воздействия на людей. Форма и употребление

В. д. определяются системой конкретных общественных отношений, становясь объектом социального контроля общественной среды в соответствии со значением, придаваемым В. д.

ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ — сложные, прижизненно формирующиеся системные психические процессы, социальные по своему происхождению В. п. ф. — одно из основных понятий современной психологии, введенное Л. С. Выготским и развитое П. Р. Лурия и другими психологами. В. п. ф. как системы обладают большой пластичностью, взаимозаменяемостью входящих в них компонентов. Разработка теории В. п. ф. позволила обосновать положение о принципиальной возможности восстановления пострадавших психических функций за счет перестройки функциональных систем, являющихся их физиологической основой. При этом были выделены внутрисистемные и межсистемные перестройки функциональных систем (перевод процесса на высший, осознанный уровень, замена выпавшего звена функциональной системы новым и др.) Формирование В. п. ф. характеризуется тем, что первоначально они существуют как форма взаимодействия между людьми и лишь позже — как полностью внутренний (интрапсихологический) процесс. Превращение внешних средств осуществления функции во внутренние психологические носит название интериоризации. Вторая важная черта, характеризующая развитие В. п. ф., — их постепенное «свертывание», автоматизация. На первых этапах формирования В. п. ф. представляют собой развернутую форму предметной деятельности, которая опирается на относительно элементарные сенсорные и моторные процессы; затем эта деятельность «свертывается», приобретая характер автоматизированных умственных действий. Одновременно меняется и психологическая структура В. п. ф. Психофизиологической основой В. п. ф. являются сложные функциональные системы, включающие большое число афферентных и эфферентных звеньев (см. Афферентация; Эффекторы). Часть звеньев функциональной системы жестко «закреплена» за определенными мозговыми структурами, остальные обладают высокой пластичностью и могут заменять друг друга, что и лежит в основе механизма перестройки функциональной системы в целом. Таким образом, каждая из В. п. ф. связана с работой не одного «мозгового центра» и не всего мозга как однородного целого, а является результатом системной деятельности мозга, в которой различные мозговые структуры принимают дифференцированное участие (см. Локализация высших психических функций).

ВЫТЕСНЕНИЕ, подавление, репрессия (от позднелат. *Repressio* — подавление)

— в психоанализе З Фрейда, активное неосознаваемое действие, процесс и «защитный механизм», обеспечивающие переход из сознания в бессознательное какого-либо содержания и (или) недопущение неосознаваемого влечения до осознания В общем В. нарушает связь патогенной информации с сознанием. Согласно З Фрейду, В. реализуется в виде двух фаз 1) Первичное В предотвращает первоначальное появление импульса посредством удаления из сознания в бессознательное неприятных воспоминаний, переживаний, неприемлемых желаний и т. д. 2) Вторичное В обеспечивает удержание в бессознательном различных вытесненных влечений, желаний, стремлений, представлений и т. д. Все вытесненное из сознания в бессознательное не исчезает и оказывает существенное воздействие на состояние психики и поведение человека. Время от времени происходит спонтанное «возвращение вытесненного», которое осуществляется в форме симптомов, снов, видений, ошибочных действий и т. д. З. Фрейд считал теорию В. краеугольным камнем, на котором зиждется все здание психоанализа.

ВЫУЧЕННАЯ БЕСПОМОЩНОСТЬ — состояние, возникающее у человека, и животных после более или менее длительного аверсивного воздействия, избежать которого не удастся (в экспериментах на животных для этих целей используется электрический ток, а людям предъявляется серия не решаемых задач, либо в процесс деятельности вводятся неустранимые помехи). У человека В. б» проявляется эмоциональными расстройствами (депрессия или невротическая тревога)', на этом фоне

возможно возникновение психосоматических расстройств. Основной характеристикой В. б. является ее тенденция к генерализации — будучи выработанной в одной конкретной ситуации, она, как правило, распространяется на многие другие, так что субъект, перестает предпринимать попытки справиться даже с теми задачами, которые поддаются решению

ВЮРЦБУРГСКАЯ ШКОЛА — группа исследователей во главе с немецким психологом О. Кюльпе, изучавших в начале XX в. в Вюрцбургском университете (Бавария) высшие психические процессы (мышление, волю) посредством лабораторного эксперимента в сочетании с видеоизмененным методом интроспекции («экспериментальное самонаблюдение», при котором испытуемый тщательно наблюдал за динамикой переживаемых им состояний на каждой из стадий выполнения инструкции). К В. ш. принадлежали немецкие психологи К. Марбе, Н. Ах, К. Бюлер, английский психолог Г. Уатт, бельгийский психолог А. Мишотт и др. В. ш. ввела в экспериментальную психологию в качестве нового объекта анализа выполнение заданий интеллектуального характера (изучение логических суждений, ответов на вопросы, требующие умственных усилий, и т. п.) Было выявлено, что мышление представляет собой психический процесс, закономерности которого не сводятся ни к законам логики, ни к законам образования ассоциаций. Своеобразие мышления объяснялось тем, что ассоциации отбираются в соответствии с тенденциями, создаваемыми принятой испытуемым задачей. Организующая роль признавалась за предваряющей поиск решения установкой, которую одни представители В. ш. считали «установкой сознания», другие — неосознаваемым актом (поскольку она скрыта от интроспекции) В противовес общепринятым в то время воззрениям В. ш. пришла к выводу, что в сознании содержатся несенсорные компоненты (умственные действия и независимые от чувственных образов значения, смыслы). Поэтому специфику концепции В. ш. обычно усматривают в том, что она ввела в психологию понятие о безобразном мышлении. Процесс мышления трактовался ею как смена операций, иногда приобретающих аффективную (см Аффект) напряженность (чувство неуверенности, сомнения и др.). Работы психологов В. ш. поставили ряд важных проблем, касающихся

качественных различий между мышлением и другими познавательными процессами, вскрыли ограниченность ассоциативной концепции, ее неспособность объяснить избирательность и направленность актов сознания. При этом, однако, мышление без образов («чистое» мышление) неправомерно противопоставлялось другим его формам, а зависимость мышления от речевой и практической деятельности игнорировалась. Важные позитивные результаты при исследовании проблем, поставленных В. ш, были получены гештальт-психологией, Л. С. Выготским, С. Л. Рубинштейном и их учениками. Данные, полученные В. ш, вызвали критику со стороны представителей других школ экспериментальной психологии, также пользовавшихся методом интроспекции (В. Вундта, Э. Б. Титчеиера, Г. Э. Мюллера), что привело к кризису интроспективного направления в целом.

ГАЛЛЬ Франц (1758-1828) — немецкий врач. Создал френологию как учение о локализации в различных извилинах больших полушарии головного мозга человека, его психических свойств. Г. положил начало теориям, в которых кора головного мозга, а не его желудочки стала рассматриваться как субстрат психической деятельности человека.

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ (от лат. hallucinatio — бред, видение) — патологическое нарушение перцептивной (см. Перцепция} деятельности, состоящее в восприятии объектов, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств. Г. возникают вследствие непроизвольного, не зависящего от субъекта, проецирования образов вовне и локализации их в пространстве и времени, что ведет к переживанию этих спонтанно возникших в сознании образов как объективно воспринимаемой реальности.

ГАЛО-ЭФФЕКТ (от греч. halos — круг, диск) — явление, под которым в психодиагностике понимается тенденция исследователя, производящего оценку (интерпретацию)

и готовящего заключение, поддаваться чрезмерному влиянию какого-либо одного свойства (особенности) личности, вызывающего у него благоприятное или неблагоприятное отношение к обследуемому и оказывающая воздействие на суждения обо всех других его особенностях. Определение свойств личности через конкретные формы поведения способствует уменьшению воздействия Г.-э. (см. Эффект ореола).

ГАЛЬПЕРИН Петр Яковлевич (1902-1988) — российский психолог, автор концепции поэтапного формирования умственных действий. Г. трактовал психические процессы как особый вид ориентировочной деятельности, выявив в связи с этим особенности освоения ребенком общественного опыта. Исследования Г. внимания и «языкового сознания» были направлены на изучение проблем соотношения обучения, умственного развития и формирования творческого мышления. Г. разрабатывал принципы дифференциальной диагностики интеллектуального развития ребенка (см. Интеллект) с последующей коррекцией как способом ликвидации педагогической запущенности («Основные результаты исследований по проблеме формирования умственных действий и понятий», 1965).

ГАЛЬТОН (Голтон) Фрэнсис (1822-1911) — английский психолог и антрополог. Первым разработал на основе экспериментальных и математических методов учение о существовании индивидуально-психологических различий между людьми — дифференциальную психологию. Находясь под влиянием одного из принципов эволюционной теории Дарвина, Г. объяснял эти различия преимущественно наследственными факторами. Постановка вопроса о роли этих факторов в развитии личности являлась новаторской, однако преувеличение их значения привело к односторонним выводам, игнорирующим социальную сущность человека. Г. считал, что совершенствование человеческой природы может быть решено путем выведения на основе законов наследственности расы особо одаренных, умственно и физически сильных людей (евгеники). С целью диагностики

психических качеств личности изобрел ряд приборов, получивших широкое распространение в практике лабораторного исследования, разработал научные методики, позволяющие выяснить соотношение между наследственностью и внешними влияниями («метод близнецов»; методы изучения ассоциации идей, образной памяти и т. д.). Считая, что между различными (физическими и психическими) свойствами индивидов имеются корреляции, создал статистические методы их определения, ставшие основой факторного анализа, широко применяемого в современной психологии и социологии. К Г. восходит идея использования тестов для определения индивидуальных различий («Исследование человеческих способностей и их развитие», 1883).

ГАННУШКИН Петр Борисович (1875-1933) — русский психиатр, ученик С. С. Корсакова. Исследования Г. связаны с областью психических расстройств, пограничных между нормой и патологией. В монографии «Клиника психопатий: их статика, динамика и систематика» (1933), предложил следующую классификацию психопатических индивидов: циклоиды, астеники, неустойчивые, антисоциальные и конституционально-глупые, а также дополнительные подгруппы: депрессивные, возбудимые, эмоционально-лабильные, неврастеники, психастеники, мечтатели, фанатики, патологические лгуны. Данная классификация оказалась существенно шире рамок психопатий: с одной стороны, в типологию Г. были включены невротические варианты пограничных расстройств, с другой — помимо психопатических личностей в нее вошли типы характеров, близкие к норме (например, мечтатели, конституционально-глупые) (см. Акцентуация характера).

ГАПТИКА (от греч. hapto — хватаю, касаюсь) — синоним активного осязания, осуществляемого посредством ощупывания (обследования) объекта восприятия рукой. Исследования Г. направлены на выявление роли движений руки и пальцев в формировании целостного образа при отражении формы, величины, консистенции, фактуры и др. свойств объектов.

ГАРТЛИИ (Хартли) Дейвид (1705-1757) — английский мыслитель, один из основоположников ассоциативной психологии. Стремясь установить точные законы

психологии. Стремясь установить точные законы психических процессов для управления поведением людей, Г. пытался применить для этого принципы физики Ньютона. Согласно Г., вибрации внешнего эфира вызывают соответствующие вибрации в органах чувств, мозге к мышцам; последние находятся в отношении параллельности к порядку и связи психических явлений, от элементарных чувствований до мышления и воли. Следуя учению Локка, Г. впервые превратил механизм ассоциации в универсальный принцип объяснения психической деятельности. По Г., психический мир человека складывается постепенно в результате усложнения «первичных элементов» (чувствований) посредством их ассоциации (см. Ассоцианизм). Побудительные сила развития — удовольствие и страдание. Сходным образом Г. объяснял формирование общих понятий: они возникают из единичных путем постепенного отделения от ассоциации, остающейся неизменной, всего случайного и несущественного; совокупность постоянных признаков удерживается как целое благодаря слову, выступающему в качестве фактора обобщения. Активным приверженцем учения Г. был Дж Пристли.

ГВАТТАРИ (Guattari) Феликс (1930-1992) — французский философ и психиатр. Один из создателей шизоанализа.

Осуществил цикл работ во исследованию шизофрении. Проявил интерес к психоаналитическим идеям (см. Психоанализ), но впоследствии выступил с критикой концепций З. Фрейда, Ж. Лакана, Г. Маркузе и других психоаналитиков различных ориентации. Предложил расширительное понимание бессознательного как структуры внутреннего мира индивида и

чего-то разбросанного вне его, воплощающегося в различных поведенческих актах, предметах, атмосфере времени и т. д. Разработал концепцию «машинного бессознательного», согласно которой бессознательное наполнено все— возможными абстрактными машинизмами, побуждающими его к производству и воспроизводству различных образов, слов и желаний. Особое внимание уделял разработке теоретических проблем «производства желания», как совокупности пассивных синтезов самопроизводства бессознательного. В 70-х гг. совместно с философом Ж. Делёзом разработал концепцию шизоанализа, в значительной мере направленного на преодоление психоанализа и критику капитализма в его связи с шизофренией. Иногда квалифицировал шизоанализ как одну из форм микрополитической практики. Автор книг: «Капитализм и шизофрения» (совместно с Ж. Делёзом) и др.

ГЕЗЕЛЛ Арнольд Луций (Gesell A L} (1880-1961) —американский психолог, создатель Йельской клиники нормального детства, в которой изучалось психическое развитие детей раннего возраста — от рождения до 3 лет. Его исследования восполняли серьезный пробел в экспериментальном изучении и диагностике детей этого возраста, так как все тесты, разрабатываемые в школе Бине, Клаппареда и др. были направлены главным образом на обследование детей от трех лет и старше.

В клинике Г. была разработана специальная аппаратура для объективной диагностики динамики психического развития маленьких детей, в том числе кино- и фотосъемка, «зеркало Гезелла» (полупроницаемое стекло, применяемое для объективного наблюдения за поведением детей). Им также были введены в психологию новые методы исследования — лонгитюдный (метод продольного изучения одних и тех же детей в течение определенного периода времени, чаще всего с рождения до подросткового возраста) и близнецовый (сравнительный анализ психического развития монозиготных близнецов). На основе этого была выработана система тестов и показателей нормы для детей от 3 месяцев до 6 лет по следующим показателям: моторика, речь, адаптивное поведение, личностно-социальное поведение. Модификация этих тестов {также как и тестов Бине) лежит в основе современной диагностики психического развития детей (см. Развитие психики).

ГЕЛЛЕРШТЕЙН Соломон Григорьевич (1896-1967) — российский психолог, один из создателей психотехники в СССР. Фундаментальные труды Г. посвящены проблеме упражнения в простой и сложной сенсомоторной реакции, его основным

закономерностям. Ему принадлежат теоретические и экспериментальные разработки в области авиационной психологии и медицины, эргономики и технической эстетики, психологии спорта. В годы Великой Отечественной войны Г. исследовал проблемы восстановления утраченных психических функций, возвращая трудоспособность раненым. В психологии спорта Г. выявил возможности усовершенствования движений спортсменов при помощи сознательной регуляции скорости двигательной реакции. («Чувство времени и скорость двигательной реакции», 1958).

ГЕДЬМГОЛЬЦ Герман (1821-1894) —немецкий естествоиспытатель. В одной из первых работ «О сохранении силы» (1847) Г., следуя идее единства природы, математически обосновал закон сохранения энергии и положение о том, что живой организм представляет физико-химическую среду, в которой указанный закон точно выполняется. Этот вывод нанес сокрушительный удар по витализму. Внедряя физические методы в нервно-мышечную физиологию, Г. измерил скорость распространения возбуждения в нервном волокне. Полученные результаты положили начало изучению «времени реакции» — одной из главных тем зарождающейся экспериментальной психологии. Основополагающий характер носят работы Г по физиологии органов чувств («Учение о слуховых ощущениях как физиологическая основа теории музыки», 1875;

«Физиологическая оптика», 1867). Эти работы раскрыли причинную зависимость ощущений от воздействия внешних раздражителей на органы

ГЕНЕРАЛИЗАЦИЯ УСЛОВНОГО РЕФЛЕКСА (от лат. *generalis* — общий, главный) — феномен, возникающий на начальных этапах выработки условного рефлекса, когда требуемая реакция вызывается не только подкрепляемым стимулом, но и другими, более или менее близкими к нему.

ГЕНЕТИКА ПОВЕДЕНИЯ (*behavioral genetics*) — область знания, исследующая генетические и следовые детерминанты в изменчивости поведения, животных и психологических особенностей человека (в последнем случае иногда употребляется термин *human behavioral genetics*). В русском языке, применительно к изучению человека, целесообразнее использовать термин психогенетика, поскольку поведение понимается как совокупность внешних действий и поступков человека, и в объем этого понятия не входят, например, сенсорные пороги, психофизиологические особенности (см. дифференциальная психофизиология), формальные характеристики когнитивных процессов и т. д.

ГЕНИАЛЬНОСТЬ (от лат. *genius* — дух) — высший уровень развития способностей — как общих (интеллектуальных), так и специальных (см. Способности; Способности специальные). О наличии Г. можно говорить лишь в случае достижения личностью таких результатов творческой деятельности, которые составляют эпоху в жизни общества, в развитии культуры.

ГЕРБАРТ Иоганн (1776-1841) — немецкий философ, психолог, педагог. Считая, что психология должна базироваться на опыте, метафизике и математике («Учебник психологии», 1816), разработал учение о «статике и динамике» представлений как первичных элементах индивидуальной души, находящихся в непрерывном взаимодействии. По мнению Г., между представлениями складываются отношения противоборства и конфликта, поэтому они, стремясь удержаться в «жизненном пространстве» сознания, теснят друг друга в сферу бессознательного, откуда стремятся вырваться, с тем, чтобы занять прежнее положение. Эта внутриспсихическая динамика поддается математическому анализу, поскольку представления могут быть истолкованы как силовые величины (что выражено в их интенсивности, субъективно воспринимаемой как ясность). Из запаса представлений образуется «апперцептивная масса», силой которой в фокусе внимания удерживается преимущественно данное содержание. Эта масса может быть целенаправленно сформирована педагогом, приобретающим тем самым средство управления процессом обучения ребенка.

ГЕРОНТОПСИХОЛОГИЯ— см Возрастная психология

ГЕШТАЛЬТ (от нем. *Gestalt*— образ, форма) — функциональная структура, которая по присущим ей законам упорядочивает многообразие отдельных явлений. Термин Г. предложен гештальтпсихологией и первоначально применялся к описанию психики, но в дальнейшем был распространен на область физических, физиологических, социальных и других явлений. Понятие о Г. зародилось при изучении сенсорных образований, когда потребовалось отграничить от входящих в их состав отдельных компонентов (ощущений) способ их структурирования (например, хотя мелодия при ее исполнении в различных тональностях и вызывает различные ощущения, она узнается как одна и та же). Этот способ стал пониматься как Г., имеющий собственные законы, изучение которых гештальтпсихология выдвинула в качестве своей главной задачи. Среди законов Г. были выделены: тяготение частей к образованию симметричного целого; группировка этих частей в направлении максимальной простоты, близости, равновесия, «прегнантность» (тенденция каждого психического феномена принять более определенную, отчетливую, завершенную форму) и др. Эти положения отразили общую методологическую ориентацию гештальтпсихологии, неправоммерно придавшей характер законов отдельным фактам, выявленным при изучении процесса восприятия, а само

восприятие истолковавшей как «чистый» феномен сознания, а не как психический образ объективной реальности, который строится в предметной деятельности и зависит от предшествующего опыта.

ГЕШТАЛЬТПСИХОЛОГИЯ (от нем. Gestalt — образ, форма) — направление в западной психологии, возникшее в Германии в первой трети XX в. и выдвинувшее программу изучения психики с точки зрения целостных структур (гештальтов), первичных по отношению к своим компонентам. Г. выступила против выдвинутого структурной психологией (В. Вундт, Э. Б. Титченер и др.) принципа расчленения сознания на элементы и построения из них по законам ассоциации или творческого синтеза сложных психических феноменов. Идея о том, что внутренняя системная организация целого определяет свойства и функции образующих его частей, была применена первоначально к экспериментальному изучению восприятия (преимущественно зрительного). Это позволило изучить ряд его важных особенностей: константность, структурность, зависимость образа предмета {«фигуры.»} от его окружения («фона») и др. (см. Фигура и фон). При анализе интеллектуального поведения была прослежена роль сенсорного образа в организации двигательных реакций. Построение этого образа объяснялось особым психическим актом постижения, мгновенного схватывания отношений в воспринимаемом поле (см. Инсайт). Эти положения Г. противопоставила бихевиоризму, который объяснял поведение организма в проблемной ситуации перебором «слепых» двигательных проб, случайно приводящих к удачному решению. При исследовании процессов человеческого мышления основной упор был сделан на преобразование («реорганизацию», новую «центрировку») познавательных структур, благодаря которому эти процессы приобретают продуктивный характер, отличающий их от формально-логических операций, алгоритмов и т. п. Хотя идеи Г. и полученные ею факты способствовали развитию знания о психических процессах (прежде всего разработке категории психического образа, а также утверждению системного подхода), ее методологические установки, отразившие феноменологический подход к сознанию, препятствовали детерминистскому (см. Детерминизм) анализу этих процессов. Психические «гештальты» и их преобразования трактовались как свойства индивидуального сознания, зависимость которого от предметного мира и деятельности нервной системы представлялась по типу изоморфизма (структурного подобия), являющегося вариантом психофизического параллелизма. Главные представители — немецкие психологи М. Вертгеймер, В. Кёлер, К. Коффка. Близкие к ней общенаучные позиции занимали К. Левин и его школа, распространившие принцип системности и идею приоритета целого в динамике психических образований на мотивацию человеческого поведения, К. Гальдштейн — сторонник «холизма» (целостности) в па-

топсихологии, Ф. Хайдер, введший понятие о гештальте в социальную психологию с целью объяснения межличностного восприятия, и др.

ГИПЕРМНЕЗИЯ (от греч. hyper — над, сверх, mnesis — воспоминание) — необычное, иногда болезненное усиление возможностей воспоминания. В патологических и пограничных случаях характеризуется удержанием в памяти обилия малосущественных деталей (расписания движения поездов, календарных дат, номеров телефонов и т. п.). Г. не зависит от уровня интеллекта и встречается даже у слабоумных.

ГИПНОЗ (от греч. hypnos — сон) — временное состояние сознания, характеризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании внушения, что связано с изменением функции индивидуального контроля и самосознания. Г. возникает в результате специальных воздействий гипнотизера или целенаправленного самовнушения (см. Аутогипноз). Необходимо различать спонтанно проявляющиеся особенности состояния Г. и внушенные гипнотизером. К специфическим характеристикам самого

состояния Г относятся гипервнушаемость, наличие постгипнотической амнезии (непроизвольное забывание содержания сеанса Г, а также самого факта гипнотизации) В состоянии Г у субъекта могут возникать физиологические и психические реакции, не свойственные ему при обычном состоянии сознания. Последние могут затрагивать сферу восприятия (позитивные и негативные иллюзии), памяти (забывание или припоминание определенных событий и фактов предшествующей жизни, активизация процессов запоминания нового материала), внимания (повышение концентрации и распределения внимания), мышления (нарушение нормальной логичности или возрастание творческого характера), личности (изменение мотивации, привычек, настроения, отдельных личностных характеристик, внушение образа другого человека, манипулирование субъективным временем). Наличие данных изменений подтверждается специальными физиологическими пробами и психологическими тестами. До середины XIX в. представления о Г. основывались на допущении особых «флюидов» или волн, распространяемых гипнотизером (Ф Месмер, 1771) Материалистическое объяснение Г. получил в трудах И. П Павлова. Физиологические теории рассматривают Г как специфическое состояние центральной нервной системы — «частичный сон» (И П. Павлов, К. И Платонов). Психологические теории рассматривают Г. как измененное функционирование нормального сознания субъекта в необычных условиях' внушения мотивации, внимания, ожиданий, межличностных отношений.

ГИППОКРАТ (460-377 гг до н э) — древнегреческий врач и мыслитель Разработал систему естественнонаучных взглядов на организм и его функции (в том числе психические), его устройство и зависимость от факторов внешней среды, образа жизни индивида, условий его существования Последние понимались очень широко и охватывали наряду с пищей и питьем метеорологические изменения, географическую среду и даже способ правления Г. впервые была высказана мысль о подчиненности человеческого способа существования универсальному закону с бесконечным многообразием индивидуальных случаев. С именем Г. и его школы связывают учение о четырех типах темперамента, объяснявшее индивидуальные различия между людьми несколькими типами «смешения» основных гуморальных компонентов — «соков» организма (кровь, слизь, желтая желчь и черная желчь). Г. выдвинул положение о гуморальной детерминации эмоциональных проявлений поведения. Его учение укрепляло убеждение подчиненности человеческой жизни законам, которые не зависят от божественного произвола, познаются разумом (см. Рассудок и разум) и проверяются наблюдением. Благодаря Г. проблемы индивидуальных различий впервые стали объектом естественнонаучного анализа («Избранные книги»» 1936).

ГЛУБИННАЯ ПСИХОЛОГИЯ — ряд направлений западной психологии, придающих решающее значение в организации человеческого поведения иррациональным побуждениям, тенденциям, установкам, скрытым за «поверхностью» сознания, в «глубинах» индивида. Наиболее известные направления Г. п. — фрейдизм,

индивидуальная психология А. Адлера, аналитическая психология К. Юнга, «гормическая» концепция ВМак-Дугалла, экзистенциальный анализ Л. Бинсвангера, неопрейдизм. Идеи Г. п. оказали влияние и на медицину. Отвергнув интроспективное воззрение, отождествившее психику с ее «явленностью» сознанию субъекта, Г. п. отстаивала версию о том, что главные причины действий человека изначально заложены в его психическом динамическом устройстве, бессознательном по своей сущности.

ГОББС Томас (1588-1679) — английский философ. Будучи поборником естественнонаучной методологии, считал поведение и психику человека безостаточно подчиненными законам механики. Отверг представление о душе как самостоятельном начале психических явлений, сводя их (включая

абстрактное мышление и волю) к правилам образования ассоциаций по смежности (см. Ассоциация). Г. полагал, что из простых ощущений, вызванных внешним воздействием, как движением атомов в мозгу, возникают остальные психические процессы. Воля трактовалась как продукт основных чувственных мотивов — стремления и отвращения, а ум — как своего рода счетный аппарат, действия которого соответствуют сложению и вычитанию, причем счету подлежат не вещи, а имена. Человек рассматривался как существо, наделенное от природы стремлением к самосохранению и собственной выгоде («Природа человека», 1650). Поскольку первоначально люди жили разобщенно, в состоянии «войны всех против всех», они, с целью обеспечения своей безопасности и достижения гражданского мира, добровольно согласились ограничить свободу каждого, перенесли индивидуальные естественные права на государя (государство, которому принадлежит абсолютный суверенитет) («Левиафан», 1651). Рассматривая отношение индивида к обществу и государству, Г. одним из первых осветил эту проблему с позиций психологии. Его строго детерминистское и монистическое объяснение психики оказало большое влияние на естественнонаучное направление в ассоциативной психологии.

ГОЛЕМ — в исторической психологии легендарное воплощение отчужденных человеческих возможностей, искусственный человек, созданный якобы в средневековой Праге. Метафора Г. неоднократно использовалась в современной психологической науке при обсуждении взаимовлияния кибернетики и психологии, искусственного интеллекта, инженерии знаний и пр. Г. представляет именно подобие человека и в силу этого не располагает всей полнотой его возможностей, в частности, творческих (см. Творчество).

ГОЛЬДШТЕИН Курт (Goldstein Kurt) (1878-1965) — немецкий невролог и психиатр, заложивший основы нейро- и патопсихологии и гештальт-направления (см. Гештальт-психология) в неврологии и психиатрии, создатель организмической теории биологии личности. Г. внес фундаментальный вклад: 1) в проблему локализации функций в коре головного мозга (см. Локализация высших психических функций), примирив крайние взгляды локализационистов и эквипотенциалистов (1927); 2) в проблемы функционального значения лобных долей и правого полушария мозга, афазий, психопатологии речи и мышления, компенсации нарушенных мозговых функций (см. Компенсация психических функций), психотерапии и мн. др.; 3) развил теорию психотической тревоги как нарушения функции предвосхищения (1923, 1927, 1957). Г. — один из создателей нового нелинейного динамичного и гибкого стиля мышления в медицине и биологических науках. Еще в 1934 г. в своем главном труде «Организм» Г. показал недостаточность понятия гомеостаза для живых организмов. В противовес представлению о множестве инстинктов и потребностей, ввел в психологию понятие самоактуализации, как целостного выражения мотивации личности, социальной по преимуществу. Г. показал, что человек в своем поведении постоянно комбинирует абстрактную и конкретную установки, переходя от одной к другой, в зависимости от требований ситуации и своих задач. Г. был близок к феноменологическому направлению (Э. Кассирер, М. Шелер и П. Тиллих) и сам оказал сильное влияние на многих феноменологов. Наряду с К. Штумпфом и А. Мишоттом Г. является крупнейшим представителем экспериментальной феноменологии (см.

Феноменалистическая психология). Разработанные Г. методики классификации, а также многие идеи и категории стали классическими. Среди его учеников был А. Маслоу.

ГОМЕОСТАЗ — (от греч. *homoios* — подобный, *statis* — стояние) — подвижное равновесное состояние какой-либо системы, сохраняемое путем ее противодействия нарушающим это равновесие внешним и внутренним факторам. Принцип Г. перешел из физиологии (см. Кеннон) в кибернетику и

другие науки, в том числе психологию, приобретя более общее значение принципа системного подхода и саморегуляции на основе обратных связей. Представление о том, что каждая система стремится к сохранению своей стабильности, было перенесено на взш-модействие организма с окружением. Такой перенос характерен, в частности, для необихевиоризма, считающего, что новая двигательная реакция закрепляется благодаря освобождению организма от потребности, нарушившей его Г., для концепции Ж. Пиаже, признающей, что умственное развитие происходит в процессе уравнивания организма со средой; для теории «поля» К. Левина, согласно которой мотивация возникает в неравновесной «системе напряжений»; для гештальтпсихологии, отмечающей, что в случае нарушения баланса между компонентами психической системы она стремится к его восстановлению. Принцип Г., объясняя явление саморегуляции, не может, однако, раскрыть источник изменений психики и ее активности.

«ГОРМИЧЕСКАЯ» КОНЦЕПЦИЯ (в психологии) — выдвинута англо-американским психологом В. Мак-Дугалсом, согласно которому движущей силой индивидуального и социального поведения является особая прирожденная (инстинктивная) энергия («горме»), определяющая характер восприятия объектов, создающая эмоциональное возбуждение (см. Эмоции) и направляющая умственные и телесные действия организма к цели. Каждому инстинкту соответствует эмоция (например, инстинкту бегства эмоция страха), которая из кратковременного состояния превращается в чувство как устойчивую и организованную систему диспозиций — предрасположений к действию. В работах «Социальная психология» (1908) и «Групповой ум» (1920) Мак-Дугас пытался объяснить социальные и психические процессы изначально заложенным в глубинах психофизической организации индивида стремлением к цели.

ГОСПИТАЛИЗМ (от лат. *hospitalis* — гостеприимный; госпиталь — лечебное учреждение) — в буквальном смысле, совокупность психических и соматических (см. Психосоматика) расстройств, обусловленных длительным пребыванием человека в больничном стационаре в отрыве от близких людей и дома. Понятие Г. ввел в оборот австро-американский психоаналитик Р. Спитс в 1945 г., исследовавший его причины, проявления и последствия у младенцев и детей, долго находившихся в больницах. По Р. Спитсу, Г. младенческого и детского возраста обуславливается преимущественно разлукой с матерью. К симптомам Г. он относил замедление психического и физического развития, отставание в овладении собственным телом и языком, пониженный уровень адаптации к окружению, ослабленную сопротивляемость к инфекциям и т. д. Последствия Г. у младенцев и детей являются долговременными и зачастую необратимыми. В тяжелых случаях Г. приводит к смерти. Явления Г., по Р. Спитсу, возникают в различных заведениях, где уход за детьми и их воспитание осуществляются при полном или частичном отсутствии матери, и в условиях семьи, где матери не любят своих детей или не уделяют им должного еwи-мания. Г. взрослых людей характеризуется социальной дезадаптацией, утратой интереса к труду и трудовым навыкам, уменьшением и ухудшением контактов с окружающими, тенденцией к хронификации заболевания и др. проявлениями.

ГРАДИЕНТ ЦЕЛИ (от лат. *gradientis* — шагающий) — изменение силы мотивации деятельности, в зависимости от «психологического расстояния» до цели. Г. ц. характеризуется возрастанием мотивации и активности по мере приближения

желанной цели. Различают градиент приближения к «положительной» цели и градиент избегания «отрицательной» цели.

ГРАФОЛОГИЯ (от греч. *grapho* — пишу, *logos* — учение) — учение о почерке как разновидности выразительных движений, отражающих психологические свойства и психические состояния пишущего. Идея о связи почерка с

душевыми качествами человека восходит к античности (Аристотель, Теофраст и др.). Термин «Г.» введен в литературу во второй половине XIX в. аббатом Мишо (Франция). Предположение о возможности диагностики по почерку сложных по происхождению и структуре свойств личности не получило убедительного научного подтверждения; не привели к успеху попытки найти прямые однозначные связи между графическими признаками письма и якобы соответствующими им чертами характера, особенностями биографии. Наиболее достоверно установлена зависимость почерка от эмоционального состояния и некоторых типологических свойств высшей нервной деятельности исполнителя текста. Отдельные приемы графологического анализа в сочетании с другими методами иногда применяются в исследованиях по дифференциальной психологии и психофизиологии. Имеются данные, что при некоторых психических заболеваниях почерк больных приобретает специфические признаки. Например, почерк больных шизофренией нередко отличается вычурностью, нарочитой стилизованностью, в силу чего изучение почерка может иметь диагностическое значение в клинике. В криминалистике почерк изучается с целью выявления признаков, позволяющих решать идентификационные задачи, т. е. путем сравнения с образцами почерка решать вопрос о принадлежности текста конкретному исполнителю (судебное почерковедение).

ГРОТ Николай Яковлевич (1852-1899) — российский психолог, один из основателей экспериментальной психологии эмоций, возглавлял кафедру философии в Московском университете (1886) и Московское психологическое общество (1887). Предложил программу построения психологии («Основания экспериментальной психологии», 1896), в которой подчеркивал, что она должна быть объективной, естественной, экспериментальной наукой. Г. был активным сторонником практического использования психологии, ее связи с педагогикой, медициной и юриспруденцией. Проблема эмоционального развития является одной из важнейших в творчестве Г. В книге «Психология чувствований в ее истории и главных основах» (1880) он использует законы дифференциации и интеграции, открытые в физиологии, применительно к психологии, доказывая возможность экспериментального исследования эмоций. Связывая, по традиции того времени, проблему формирования эмоций с развитием нравственности, Г. по-новому подошел к вопросу о свободе воли, связывая его с характером зависимости человека от своего состояния. При этом сама проблема наличия или отсутствия свободы воли, по его мнению, может быть понята и решена лишь на основе самосознания человека, т. е. осознания человеком свободы своего выбора той или иной формы деятельности.

ГРУППА — ограниченная в размерах общность людей, выделяемая из социального целого на основе определенных признаков (характера выполняемой деятельности, социальной или классовой принадлежности, структуры, композиции, уровня развития и т. д.) Наиболее распространены классификации Г. по размеру: большие, малые, микрогруппы (диады, триады); по общественному статусу: формальные (официальные) и неформальные (неофициальные); по непосредственности взаимосвязей: реальные (контактные) и условные, по уровню развития: низкого уровня развития (ассоциации, корпорации, диффузные группы.) и высокого уровня развития (коллективы); по значимости: референтные и группы членства и т. д. Величина, структура и состав Г. определяются целями и задачами деятельности, в которую она включена или ради которой создана. Содержание совместной деятельности членов группы опосредствует все процессы внутригрупповой динамики развитие межличностных отношений, восприятие партнерами друг друга (см. Перцепция социальная), формирование групповых норм и ценностей, форм сотрудничества и взаимной ответственности. В свою

очередь, сформировавшиеся в Г. отношения влияют на эффективность групповой деятельности. Г. традиционно выступает предметом социально-психологических исследований. При этом изучаются как процессы, развивающиеся внутри Г., так и она сама как целостный субъект деятельности, включенный в процессе взаимодействия с другими Г. в систему общественных отношений.

ГРУППА БОЛЬШАЯ — 1) количественно не ограничиваемая условная общность людей, выделяемая на основе определенных социальных признаков (пола, возраста, национальности и т. п.), 2) реальная, значительная по размерам и сложно организованная общность людей, вовлеченных в ту или иную общественную деятельность (например, коллектив школы или вуза, предприятия или учреждения). В Г. б. вырабатываются нормы поведения (см. Нормы, групповые), общественные и культурные ценности и традиции, общественное мнение и массовые движения, которые через посредство малых групп доводятся до сознания каждого индивида. Если в реальной Г. б. по какой-либо причине перестают действовать регулирующие ее деятельность структурные образования, она может превратиться в стихийно действующую общность (см. Толпа).

ГРУППА БУФЕРНАЯ — реальная или условная группа мигрантов, территориально сосредоточенная или рассредоточенная в определенном пространстве Г б лично значима для индивида-мигранта, поскольку она опосредствующее звено в процессе выхода потенциального мигранта из своего исконного социума, вхождения его в новый социум, возвращения в прежний социум (может быть даже через несколько поколений), сохранения отдельных, наиболее лично и коллективно значимых духовных ценностей и атрибутов, присущих покинутому социуму. Длительность функционирования и активности данных типов Г. б. во времени — различна. В качестве «хранителя ценностей», Г. б. может активно существовать в течение нескольких поколений активных мигрантов. Ее распаду способствует прекращение притока вновь прибывших и окончательная интеграция и ассимиляция в новом социуме последних хранителей ценностей. В таких случаях ценности прежнего социума перестают быть для мигранта лично значимыми и утрачивают свои объединяющие функции. Тем не менее, их следы могут проявиться в скрытой, расплывчатой форме, поскольку внедрившись в структуру вновь приобретенных ценностей, они могут придать особые, лично значимые ориентации поведению дальнейших поколений бывших мигрантов, что будет отличать их от других членов социума.

ГРУППА ДИФФУЗНАЯ (от лат. diffusio — разлитие, рассеивание) — общность, в которой отсутствует сплоченность как ценностно-ориентационное единство, нет совместной деятельности, способной опосредствовать отношения ее участников. Выводы, полученные в результате эксперимента в Г. д, неправомерно экстраполировать на характеристику малых групп вообще независимо от уровня их развития (см. Уровень группового развития).

ГРУППА МАЛАЯ — относительно небольшое число непосредственно контактирующих индивидов, объединенных общими целями или задачами. Структура Г. м, их состав, сплоченность, стиль руководства, межличностные отношения, социальная перцепция, коммуникативные связи, процессы, в них происходящие, и т. п. экспериментально исследуются социальной психологией, в частности школой «групповой динамики». Особенностью, отличающей Г. м. от сложных и больших групп, является ее относительная «структурная простота». Это означает, что в Г. м. имеется, как правило, авторитетный лидер (если группа неофициальная), вокруг которого объединены остальные члены группы. При этом размер группы не имеет значения и может достигать нескольких десятков человек (например, сплоченная группа туристов). Если же внутри занятой какой-либо деятельностью Г. м. появляются другие лидеры и часть ее членов начинает

поддерживать вводимые этими лидерами нормы, и ценности, то такая Г. м. становится структурно сложной и нередко распадается на две или более Г. м. Новые Г. м. вступают между собой в межгрупповые отношения и могут развиваться независимо одна от другой (например, многочисленные группы по

интересам внутри одного учебного подразделения). Если Г. м. занята социально ценной и значимой для всех ее членов совместной деятельностью, опосредствующей межличностные отношения в ней, то она может представлять собой группу высокого уровня развития (см Коллектив).

ГРУППА НЕФОРМАЛЬНАЯ (неофициальная) — реальная социальная общность (см Группа реальная), не имеющая юридически фиксированного статуса, добровольно объединенная на основе интересов, дружбы и симпатий либо на основе прагматической пользы Г. н. могут выступать как изолированные общности или складываться внутри официальных групп (см. Группа официальная). Их интересы могут иметь как профессиональную, так и внепрофессиональную направленность (например, дружеские компании). Существуют также условные неформальные группы, представляющие собой объединения людей на основе общих интересов, но непосредственно не общающихся. Официальные группы, сохраняя все свои характеристики, одновременно могут обладать лучшими свойствами Г. н. (тесными дружескими контактами, дружелюбностью и взаимной симпатией, готовностью к содействию и взаимопомощи), что укрепляет и обогащает их функционирование.

ГРУППА ОФИЦИАЛЬНАЯ (формальная) — реальная или условная социальная общность (см. Группа реальная; Группа условная), имеющая юридически фиксированный статус, члены которой в условиях общественного разделения труда объединены социально заданной деятельностью, организующей их труд. Г. о. всегда имеет определенную нормативно закрепленную структуру, назначенное или избранное руководство, нормативно закрепленные права и обязанности ее членов. Примерами условных Г. о. могут служить различные комиссии, группы референтов, консультантов и т. п.

ГРУППА РЕАЛЬНАЯ (в социальной психологии) — ограниченная в размерах общность людей, существующая в общем пространстве и времени и объединенная реальными отношениями (например, школьный класс, воинское подразделение, семья и т. д.). Наибольшей по величине Г. р. является человечество как историческая и социальная общность людей, объединенная экономическими, политическими и иными связями между различными странами и народами. Наименьшей Г. р. является диада, т. е. два взаимодействующих индивида.

ГРУППА РЕФЕРЕНТНАЯ — (от лат. *referens* — сообщающий) — реальная или условная социальная общность, с которой индивид соотносит себя как с эталоном и на нормы, мнения, ценности и оценки которой он ориентируется в своем поведении и в самооценке. Г. р. выполняет в основном две функции: нормативную и сравнительную. Нормативная функция проявляется в мотивирующем влиянии Г. р. (см. Мотивация), выступающей в качестве источника норм поведения, социальных установок и ценностных ориентации индивида. Сравнительная функция Г. р. проявляется в перцептивных процессах (см. Перцепция социальная): Г. р. выступает здесь в качестве эталона, с помощью которого индивид может оценить себя и других. Нередко нормативные и сравнительные функции выполняются одной и той же группой. Выделяют также «положительные» и «отрицательные» Г. р. К «положительным» относят те Г. р., с которыми индивид идентифицирует себя и членом которой он хочет состоять. К «отрицательным» относятся Г. р., вызывающие у индивида неприятие. У каждого индивида обычно имеется значительное число Г. р., что связано с разнообразием его интересов, видами деятельности, которыми он занят, его мечтами, желаниями и т. д. (Например,

семья, какой-либо клуб или спортивная секция, музыкальный ансамбль и т. д.). Нередко Г. р. не подозревает о своей значимости для того или иного индивида. Тогда он, как правило, строит свои предположения о возможном мнении Г. р о себе (см. Рефлексия) или о том, каким это мнение могло бы быть, если эталоном выступает условная группа (например, герои книг, писатели или ученые прошлых времен и т. п.). Возможны ситуации, когда референтные для одного и того же индивида группы имеют противоположно направленные ценности. Подобная ситуация требует нравственного выбора, может привести к тяжелым переживаниям, и как результат — внутриличностным конфликтам, требующим тактичной психотерапевтической помощи (см. Помощь психологическая).

ГРУППА УСЛОВНАЯ — объединенная по определенному признаку (характеру деятельности, полу, возрасту, Уровню образования, национальности и т. д.) общность людей, являющаяся объектом изучения социальной психологии и включающая субъектов, которые не имеют прямых или косвенных объективных взаимоотношений друг с другом. Люди, составляющие эту общность, могут не только никогда не встречаться, но и не знать ничего друг о друге, хотя при этом они находятся в определенных, более или менее одинаковых отношениях с другими членами своих реальных **ГРУППОВАЯ ДИНАМИКА** (от греч. *dynamis* — сила) — совокупность внутригрупповых социально-психологических процессов и явлений, характеризующих весь цикл жизнедеятельности малой группы, и его этапы: образование, функционирование, развитие, стагнацию, регресс, распад. К процессам Г. д. относятся руководство к лидерство', принятие групповых решений; нормообразование, т. е. выработка групповых мнений, правил и ценностей; формирование функционально-ролевой структуры группы; сплочение; конфликты; групповое давление и Другие способы регуляции индивидуального поведения, т. е. все те процессы, которые фиксируют и обеспечивают психологические изменения, происходящие в группе за время ее существования. В отдельных случаях термин Г. д. используется для обозначения направления социально-психологических исследований малых групп, сформировавшегося в середине 40-х гг. в США благодаря работам К. Левина и его коллег.

ГРУППОВАЯ ИЗОЛЯЦИЯ (психологический аспект) — вынужденное длительное пребывание группы людей в условиях ограниченного пространства, скудости сенсорных раздражителей и постоянного общения с одними и теми же людьми В условиях Г. и люди находятся во время космических полетов, подводного плавания, на гидрометеорологических станциях, маяках и т. д. С течением времени в условиях Г. и во взаимоотношениях людей на этапе неустойчивой психической деятельности (см. Экстремальная психология) начинает проявляться эмоциональная напряженность, возникают конфликты., которые в ряде случаев могут заканчиваться трагически. В основе нарушения общения лежит астенизация нервной системы, вызываемая целым рядом психогенных факторов (см. Психогении), которая не позволяет адекватно воспринимать партнера по общению, оценивать события, затормаживать импульсивные действия. К специфическим психогенным факторам Г и относятся постоянная «публичность» и информационная истощаемость партнеров по общению. Эмоциональная напряженность, обусловливаемая необходимостью в течение длительного времени удерживать себя в определенной ролевой функции (см. Роль), стремление скрыть от окружающих свои мысли и переживания актуализируют потребность в уединении. При невозможности удовлетворения этой потребности человек перестает скрывать свои чувства и мысли («психологический стриптиз»), что является одной из форм защитной реакции. В отличие от одиночной изоляции (см. Одиночество) переживания «физической обнаженности», «открытости мыслей» на этапе неустойчивой психической деятельности, возникающие под влиянием фактора

«публичности», четко персонифицируются, т. е. приписываются действиям конкретных партнеров, провоцируя конфликтность и вызывая аутизацию (см. Аутизм).

ГРУППОВАЯ НОРМАЛИЗАЦИЯ (от лат. norma — норма, образец) — социально-психологический феномен, возникающий как результат групповой дискуссии, когда первоначально разнородные и даже экстремальные позиции участников сглаживаются и при ее завершении приобретают характер единого, разделяемого всеми усредненного мнения Противоположным Г. н. понятием является групповая поляризация.

ГРУППОВАЯ ПОЛЯРИЗАЦИЯ (от лат. polarisatio — сдвиг к краю, смещение к полюсу) — социально-психологический феномен, возникающий как результат групповой дискуссии, в ходе которой разнородные мнения и позиции участников не сглаживаются, а оформляются к концу дискуссии в две полярно противоположные позиции, исключающие любые компромиссы. Под Г. п. понимается также усиление в результате

дискуссии экстремальности групповых решений (см. Групповое принятие решений) или суждений по сравнению с усредненными решениями или суждениями. Величина Г. п. тем больше, чем более смещены первоначальные предпочтения членов группы от средних значений. Частным случаем Г. п. является сдвиг к риску. Термин «Г. п» был введен С. Московией. В американской традиции применяется термин «общий сдвиг в выборе» Г. п может возникнуть и вне открытой дискуссии, будучи результатом систематического обмена мнениями между участниками совместной деятельности и порождая группировки с полярными позициями В крайней своей форме Г п. выражает состояние внутригруппового конфликта. Феномен, противоположный описанному, называется групповой нормализацией.

ГРУППОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖИВОТНЫХ — согласованные совместные действия животных (многих высших беспозвоночных и позвоночных), выполняемые при жизни в сообществах, т. е. постоянных или временных объединениях (стадах, стаях, семьях и т. п.). Г. п. ж. включает все формы межиндивидуальных отношений между животными (в том числе между половыми партнерами, родительскими особями и детенышами и т. д.) и осуществляется непременно в условиях общения между членами сообщества (см. Коммуникация у животных)

ГРУППОВОЕ ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ — осуществляемый группой выбор из ряда альтернатив в условиях взаимного обмена информацией при решении общей для всех членов группы задачи. Процедура Г п р. предполагает обязательное согласование мнений членов группы в отличие от групповой дискуссии, которая обычно рассматривается как фаза, предшествующая Г п р. В отдельных случаях Г п. р. используется в условиях ограниченного обмена информацией, когда члены группы могут только сообщить о своих первоначальных решениях От Г. п. р следует отличать переход от индивидуальных решений (см. Принятие решения) к групповым без взаимодействия участников. Экспериментальное изучение процесса Г. п. р. было начато К Левином, рассматривавшим влияние групповой дискуссии на характер принимаемых решений. В рамках этого направления были установлены феномены сдвига к риску и групповой поляризации, свидетельствующие о том, что групповые решения не могут сводиться к сумме индивидуальных, а являются специфическим продуктом группового взаимодействия. Имеются данные о более высоком качестве групповых решений по сравнению с индивидуальными. В то же время отмечается, что в процессе дискуссии могут возникать некоторые деформации (в частности, сдвиг к риску), снижающие качество групповых решений.

ГРУППОВОЙ ДИСКУССИИ МЕТОД — 1) применяемый в практике руководства коллективами способ организации совместной деятельности, имеющий целью интенсивное и продуктивное решение групповой задачи', 2) прием,

позволяющий, используя систему логически обоснованных доводов, воздействовать на мнения, позиции и установки участников дискуссии в процессе непосредственного общения. Использование Г. д. м. позволяет сопоставляя противоположные позиции, дать возможность участникам увидеть проблему с разных сторон; уточнить взаимные позиции, что уменьшает сопротивление восприятию новой информации, нивелировать скрытые конфликты, поскольку в процессе открытых высказываний появляется возможность устранить эмоциональную предвзятость в оценке позиции партнеров, выработать групповое решение, придав ему статус групповой нормы (если решение разделяется всеми участниками, происходит групповая нормализация, если же нет, то возможна групповая поляризация), использовать механизм возложения и принятия ответственности, увеличивая включенность участников дискуссии в последующую реализацию групповых решений; повысить эффективность отдачи и заинтересованность участников дискуссии в решении групповой задачи, предоставляя им возможность проявить свою компетентность и тем самым удовлетворить потребность в признании и уважении. Существуют различные формы организации Г. д. м. — от простых производственных совещаний до специально подготовленных форм типа

«мозговой атаки». Сфера применения Г. д. м. — любые формы совместной деятельности, требующие согласованных групповых действий.

ГРУППОВОЙ ПСИХОАНАЛИЗ — одновременное лечение группы, людей, основанное на использовании психоаналитических (см. Психоанализ) идей и методов, направленных на избавление пациентов от психических травм и конфликтов. Систематическое использование Г. п. началось на рубеже и в течение 20-х гг XX века (А Адлер, Т. Барроу, Р. Дрейкурс, З. Лазелл, Дэк. Морено, К. Оберндорф, Л. Уэн-дер, П. Шильдер и др). Получивший значительное распространение и популярность термин «групповой анализ» (в значении — групповой психоанализ) ввел в оборот в 1925 г. Т. Барроу. В настоящее время применяются три вида Г. п.: 1) психоаналитическая групповая терапия, использующая приемы классического психоанализа; 2) групповая аналитическая терапия, уделяющая особое внимание соотношению всего происходящего в группе с состоянием составляющих ее индивидов, 3) групповая терапия взаимодействия, фокусирующая внимание на анализе взаимодействия между пациентами в целях оказания на них соответствующего влияния, в т. ч. посредством специальных игр.

ГРУППООБРАЗОВАНИЕ — превращение в процессе совместной деятельности реальной и первоначально диффузной человеческой общности (см. Группа диффузная) в объединение взаимодействующих и взаимозависимых лиц, представляющее собой группу определенного уровня развития (см. Уровень группового развития). Разновидностью Г. является коллективообразование, т. е. превращение группы в коллектив, когда она проходит в своем развитии ряд стадий, характеризующихся не только временем существования группы, количеством коммуникаций, отношениями власти и подчинения, количеством социометрических выборов (см. Социометрия) и т. д., но и определенными феноменами межличностных отношений (ценностно-ориентационное единство, коллективистское самоопределение, коллективистская идентификация, межличностных выборов мотивация, референтность и т. д.), которые возникают на основе совместно социально ценной и личностно значимой для всех членов группы деятельности.

ГРУППЫ «ОТКРЫТОСТЬ— ЗАКРЫТОСТЬ» — социально-психологическая характеристика меры обособленности общности, проявляющейся в степени ригидности групповых границ, в уровне обостренности чувства «мы» и жесткости противостояния сообщества и его социального окружения, в степени безусловности внутригрупповых контактов каждого с каждым.

«ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ» — направление в западной

(преимущественно американской) психологии, признающее своим главным предметом личность как уникальную целостную систему, которая представляет собой не нечто заранее данное, а «открытую возможность» самоактуализации, присущую только человеку. Основные положения «Г. п.»: человек должен изучаться в его целостности, каждый человек уникален, поэтому анализ отдельных случаев не менее оправдан, чем статистические обобщения, человек открыт миру, переживания человеком мира и себя в мире являются главной психологической реальностью; человеческая жизнь должна рассматриваться как единый процесс становления и бытия человека, человек наделен потенциями к непрерывному развитию и самореализации, которые являются частью его природы; человек обладает определенной степенью свободы от внешней детерминации (см. Детерминизм) благодаря смыслам и ценностям, которыми он руководствуется в своем выборе; человек — это активное, интенциональное (см. Интенция), творческое существо. «Г. п.» противопоставила себя в качестве «третьей силы» бихевиоризму и фрейдизму, делающим основной упор на зависимость личности от ее прошлого, тогда как главное в ней, согласно «Г. п.», устремленность к будущему, к свободной реализации своих потенций (Г. Олпорт), в особенности творческих (А. Маслоу), к укреплению веры в себя и возможность достижения «идеального Я» (К. Роджерс/

ГУМАННОСТЬ — (от дат. *humanus* — человеческий) — обусловленная нравственными нормами и ценностями система установок личности на социальные объекты (человека, группу, живое существо), которая представлена в сознании переживаниями сострадания и сорадования и реализуется в общении и деятельности в актах содействия, соучастия, помощи. Понятие «Г.» как социальное установок, включают познавательный, эмоциональный и поведенческий компоненты, привлекается при анализе широкого круга проблем, связанных с усвоением моральных норм, эмпатией, с изучением так называемого «помогающего поведения» и др. **ДАРВИН Чарльз** (1809-1882) — английский естествоиспытатель, создатель эволюционного учения о происхождении видов путем естественного отбора. Это учение, заложившее основы современной биологии, сыграло важную роль в преобразовании психологии в самостоятельную науку, поскольку способствовало утверждению в ней объективного метода и принципа развития. Идеи Д. стимулировали формирование таких отраслей, как зоопсихология, данные которой позволили изучить предисторию человеческого интеллекта, детской психологии и др. форм генетического изучения психики. Большинство школ и направлений новой психологии испытало влияние учения Д., в том числе функционализм (см. Функциональная психология, фрейдизм, бихевиоризм, школа Ж. П. Павлова и др.). Д. посвятил ряд работ проблемам психологии, в частности, анализу инстинкта, онтогенезу детского поведения и сознания, сравнительному изучению механизмов эмоциональных реакций («Выражение эмоций у животных и человека», 1872). **ДВИЖЕНИЯ НЕПРОИЗВОЛЬНЫЕ** — импульсивные или рефлекторные двигательные акты, осуществляемые без контроля сознания. Д. н. могут носить адаптивный (см. Адаптация) характер (например, мигание, отдергивание руки при воздействии болевого раздражителя) и неадаптивный (например, хаотичные движения в ситуациях с помрачением сознания). Различают собственно Д. н. и постпроизвольные движения. Первые складываются без контроля сознания (безусловно-рефлекторные и условно-рефлекторные двигательные акты; навыки, сформированные путем проб и ошибок; врожденные и клинические автоматизмы, и пр.). Вторые образуются как произвольные, но при последующем свертывании ориентировочной основы в ходе формирования движения выводятся из сознания, автоматизируются и становятся непроизвольными. Д. н. могут стать произвольными только в результате специальной работы по формированию

системы двигательных ориентиров (см. Движения произвольные). Постпроизвольные движения могут вновь сделаться произвольными без специальной формирующей работы. Если же система осознаваемых ориентиров отсутствует (или чрезмерно сокращена), то Д. н плохо поддаются корректировке и перестройке

ДВИЖЕНИЯ ПРОИЗВОЛЬНЫЕ — внешние и внутренние телесные двигательные акты (процессы), сознательно регулируемые субъектом на основе имеющейся у него потребности в достижении цели как образа предвосхищаемого результата (см Бернштейн Н. А). Д. п. предполагают сознательную ориентировку по отношению к цели как в речевом плане, так и в плане представления (воображения) Д п могут быть выполнены как посредством скелетной мускулатуры внешних органов тела, реализующих пространственные движения, так и гладкой мускулатуры внутренних органов (например, кровеносных сосудов), реализующей вегетативные функции. Экспериментально показано, что движения, изначально сформировавшиеся как непроизвольные, могут становиться произвольными за счет вынесения двигательных ориентиров во внешний план (например, при наблюдении за меняющимся тонусом кровеносных сосудов по шкале прибора) с последующим переводом этих ориентиров во внутренний план, в форму специфических двигательных (кинестетических) ориентиров. Зачаточные формы Д. п. имеют место уже у низших животных — так называемые «инструментальные», или «оперантные», движения в ситуациях, когда раздражитель не дан налично, и движение, начинающееся и протекающее в его отсутствие, при своем завершении приводит животное к овладению предметом потребности (добычей)

ДВУХ СОСТОЯНИЙ ТЕОРИЯ (Люса пороговая теория) — одна из современных психофизических теорий, предложенная американским ученым Р. Д. Люсом. В основу Д. с т. положен пороговый (см. Порог) принцип: раздражитель может оказаться либо надпороговым (и тогда наблюдатель обнаруживает его), либо допороговым (и тогда он остается скрытым от наблюдателя) Т. о., в ответ на действие раздражителя наблюдатель может находиться в одном из двух состояний — обнаружения (D) или необнаружения (D'). Никаких промежуточных состояний теория Люса не допускает. Отсюда и ее название — Д. с. т. Вместе с тем, в отличие от пороговой теории Фехнера и высокопороговой теории, Д. с. т. предполагает, что состояние D может возникнуть не только в результате действия раздражителя, но и по причине спонтанного возбуждения сенсорной системы, если последнее превысит порог.

ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (от лат *deviatio* — отклонение) — см Отклоняющееся поведение.

ДЕДУКЦИЯ (от лат. *deductio* — выведение) — движение знания от более общего к менее общему, частному, выведение следствия из посылок. Д. тесно связана с индукцией. Логика рассматривает Д. как вид умозаключения. Психология изучает развитие и нарушение дедуктивных рассуждений. Движение знания от более общего к менее общему анализируется в его обусловленности всеми психическими процессами, строением мыслительной деятельности в целом.

ДЕЖА ВЮ (от франц. *Deja vu* — уже виденное) — общее обозначение специфических субъективных ощущений человека, толкуемых как иллюзии памяти, в силу которых ему кажется, что происходящее ныне уже происходило ранее (наблюдалось, думалось, слышалось и переживалось им когда-то). В качестве модальностей Д. в. иногда выделяют: Дежа пансэ (иллюзию уже продуманного когда-то) и Дежа антандю (иллюзию уже слышанного когда-то). В той или иной мере Д. в. характерно для всех людей. Но при этом считается, что частое возникновение сильных Д. в. симптоматично для некоторых форм нарушений памяти и (или) деятельности

мозга.

ДЕЙСТВИЕ — целенаправленная активность, реализуемая во внешнем или внутреннем плане; единица деятельности. В отечественной психологии представления о Д. как специфической единице человеческой деятельности введены С. Л. Рубинштейном и А. Н. Леонтьевым. Понятие Д. в качестве единицы анализа и предмета исследования используется при изучении перцептивных, исполнительных, мнемических, умственных, творческих и других Д. По своей структуре Д., в отличие от привычного или импульсивного поведенческого акта, непосредственно определяемого предметной ситуацией, всегда реализуется опосредствованно. В качестве средств могут выступать различные знаки, роли, ценности, нормы, и т. п., применяя которые субъект овладевает Д, превращает его в «личностное», принадлежащее ему самому. В каждом Д. выделяются его ориентировочная, исполнительная и контрольная части. По способу функционирования Д. является произвольным и преднамеренным. В онтогенезе функция произвольного контроля и регулирования Д. осуществляется вначале взрослым в процессе совместной деятельности с ребенком, а затем вследствие интериоризации социальных образцов (эталонов) и схем выполнения Д. ребенок сам начинает контролировать его в соответствии с этими эталонами и схемами. Преднамеренность Д. возникает в силу принятия решения, субъектом о том, что образ будущего результата Д. отвечает мотиву его деятельности; тогда этот образ Д. приобретает для субъекта личностный смысл и выступает для него как цель Д. При наличии намерения у субъекта возникает целевая установка — готовность к достижению предвосхищаемого результата. В ходе выполнения Д. осуществляется контакт субъекта с предметным миром, преобразование (внешнее или мысленное) предметной ситуации и достигаются те или иные результаты, личностный смысл которых для субъекта оценивается эмоциями. В процессе Д. могут образовываться новые цели (см. Целеобразование) и изменяться место Д. в структуре деятельности. По

А. Н. Леонтьеву, Д. может превратиться в операцию, если неоднократно достигаемая цель, устойчиво связываясь со способом ее достижения, перестает вследствие автоматизации Д. осознаваться и оказывается в структуре деятельности условием выполнения другого Д. (механизм «сдвига цели на условие»). Начав выполнять Д. ради тех или иных мотивов, субъект может затем выполнять Д. ради него самого. Тогда происходит «смена мотива на цель», Д. становится самостоятельной деятельностью. Механизм образования осознаваемых «мотивов-целей» является одним из механизмов формирования новых видов деятельности человека в онтогенезе. В динамическом плане устойчивость Д. определяется целевой установкой. Психофизиологическая организация Д. обеспечивается таким функциональным блоком мозга, как блок программирования, регуляции и контроля, наиболее существенной частью которого являются лобные доли мозга (А. Р. Лурия).

ДЕКАРТ Рене (1596-1650) — французский философ и естествоиспытатель. Заложил основы детерминистской концепции поведения и интроспективной концепции сознания. Первая получила наиболее последовательное воплощение в понимании рефлекса как закономерного двигательного ответа организма на внешнее физическое раздражение; в учении о «страстях души» как психических состояниях, испытываемых телесным органом души (каковым Д. считал одну из желез головного мозга — эпифиз) Рефлексы и «страсти души», по Д, представляют телесную материальную субстанцию, подчиненную тем же законам, что и вся физическая природа. Кроме того, Д. выделял особую, нематериальную и непротяженную, субстанцию — сознание — прямое и непосредственное знание субъекта о том, что происходит в нем самом, когда он мыслит. Это дуалистическое воззрение на душу, которая только мыслит, и

тело, которое только движется, сыграло решающую роль в преодолении господствовавшей в прежние века трактовки организма как вещи, управляемой особой сущностью — душой. Согласно Д., тело и душа находятся во взаимодействии, которое обеспечивается третьей субстанцией — Богом. При воздействии внешних объектов возникают впечатления о них (сенсорные образы и образы памяти), соединяющиеся путем образования ассоциаций, но не дающие истинного знания. Такое знание изначально заложено в душе в виде врожденных идей, примером которых могут служить невыводимые из опыта геометрические аксиомы. Такой же дуалистический подход отличал и объяснение Д. побудительных сил поведения. Наряду с рефлекторно возникающими эмоциональными состояниями, движущими «машину тела» («Страсти души», 1649), выделялись чисто духовные чувства и бестелесные волевые импульсы. Их источником, по его мнению, служит субстанция сознания. Эти импульсы способны контролировать страсти, физиологической основой которых являются нервные, молекулярные процессы в организме. Д. считал, что сознание и воля локализованы только в организме человека. Организм животных он относил к разряду машин, работающих автоматически. Д. было экспериментально разработано учение о зрительном восприятии, построении сетчатого образа, роли в этом процессе деятельности глазных мышц («Диоптрика», 1637). Под влиянием Д. развивалась вся психология нового времени, воспринявшая, с одной стороны, его учение о сознании как непосредственном знании души о самой себе, с другой — его учение о рефлексе как закономерном отражении внешних импульсов от мозга к мышцам. Наиболее полно система психофизиологических воззрений Д. изложена в трактате «Человек» (1662).

ДЕЛИНКВЕНТ (от лат. *delinquens* — правонарушитель) — субъект, чье отклоняющееся поведение в крайних своих проявлениях представляет собой уголовно наказуемые действия.

ДЕЛИРИИ (от лат. *delirium* — безумие, помешательство) — синдром нарушения (помрачения) сознания, характеризующийся искаженным отражением действительности, зрительными галлюцинациями, бредом, двигательным возбуждением (см. Ажитация), нарушениями ориентировки в месте и времени, иногда потерей памяти (см. Амнезия). Д. возникает чаще всего при некоторых острых инфекционных заболеваниях, алкогольных, наркотических и иных интоксикациях, после травм, вызывающих органическое повреждение головного мозга, при тяжелых психических заболеваниях, как следствие гипнотических (иногда онейроидных) состояний, при старческом слабоумии.

ДЕМЕНЦИЯ (от лат. *dementia* — безумие) — слабоумие как следствие недоразвития или атрофии высших психических функций.

ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ (от лат. *de* — отрицательная приставка, *persona* — личность, лицо) — 1) изменение самосознания, для которого характерно ощущение потери своего Я и мучительное переживание отсутствия эмоциональной вовлеченности в отношения к близким, к работе и т. д. Д. возможна при психических заболеваниях и пограничных состояниях. В легкой форме Д. наблюдается у психически здоровых людей при эмоциональных перегрузках, соматических болезнях и т. д.; 2) выраженная в большей или меньшей степени объективная утрата индивидом возможности быть идеально представленным в жизнедеятельности других людей, обнаружить способность быть личностью (см. Персонализация).

ДЕПРЕССИЯ (в психологии) (от лат. *depressio* — подавление) — аффективное состояние (см. Аффект), характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных (связанных с сознанием) представлений и общей пассивностью поведения. Субъективно человек в состоянии Д. испытывает прежде всего тяжелые, мучительные эмоции и переживания — подавленность, тоску, отчаяние. Влечения, мотивы,

волевая активность (см. Воля) резко снижены. Характерными являются мысли о собственной ответственности за разнообразные неприятные, тяжелые события, происшедшие в жизни человека или его близких. Чувство вины за события прошлого и ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей сочетаются с чувством бесперспективности. Самооценка резко снижена. Измененным оказывается восприятие времени, которое течет мучительно долго. Для поведения в состоянии Д. характерны замедленность, безынициативность, быстрая утомляемость; все это приводит к резкому падению продуктивности. В тяжелых, длительных состояниях Д. возможны попытки к самоубийству. Различаются функциональные состояния Д., возможные у здоровых людей в рамках нормального психического функционирования, и патологическая Д., являющаяся одним из основных психиатрических синдромов.

ДЕТЕКТОР ЛЖИ — набор аппаратов для объективного исследования физиологических показателей, характеризующих аффективное (см. Аффект) состояние человека. Д. л. разработан в США и применяется преимущественно в юридической практике при допросе правонарушителей. К человеку, подвергаемому испытанию на Д. л., присоединяются датчики приборов, регистрирующих кожно-гальваническую реакцию (изменение электрического сопротивления кожи), электроэнцефалограмму (запись биотоков мозга), плетизмограмму (сосудистую реакцию организма), тремор (дрожание мышц) и т. д. Во время допроса показатели всех приборов выводятся на одну ленту, и опытный исследователь может по их данным более точно судить об эмоциональном состоянии испытуемого, чем при наблюдении лишь внешних форм его поведения, поскольку произвольное управление вегетативными реакциями нетренированному человеку практически не удается. Испытания на Д. л. не дает гарантии того, что он регистрирует реакции именно на предполагаемую эмоциогенную ситуацию. Это могут быть реакции на саму процедуру допроса, вызывающую состояния страха, тревоги, депрессии и т. д. Отличить «настоящие» эмоции от «индуцированных» аппаратурными методиками невозможно. Это обстоятельство явилось причиной многочисленных судебных ошибок, вызвавших негативное отношение к испытанию на Д. л. В психологии еще до появления Д. л. был разработан способ изучения «аффективных следов» преступления (см. Сопряженно-моторная методика).

ДЕТЕРМИНИЗМ (в психологии) (от лат. *determinare* — определять) — закономерная и необходимая зависимость психических явлений от порождающих их факторов Д. включает причинность как совокупность обстоятельств, предшествующих

во времени следствию и вызывающих его, но не исчерпывается этим объяснительным принципом, поскольку существуют и другие формы Д., а именно: системный Д. (зависимость отдельных компонентов системы от свойств целого), Д. типа обратной связи (следствие воздействует на вызвавшую его причину), Д. статистический (при одинаковых причинах возникают различные в известных пределах эффекты, подчиненные статистической закономерности), целевой Д. (предваряющая результат цель как закон определяет процесс его достижения) и др. Развитие научного знания о психике связано с разработкой различных форм Д. Длительное время оно ориентировалось на механический Ц., который представлял обусловленность психических явлений материальными факторами либо по образцу взаимодействия объектов в мире механики, либо по образцу работы технических устройств (машин). Несмотря на ограниченность этого воззрения (психические явления рассматривались только как последствия внешних влияний), оно дало психологии ее важнейшие учения: о рефлексе, ассоциациях, аффекте и др. В середине XIX в. возник биологический Д., открывший своеобразие поведения живых систем (учение Дарвина о

естественном отборе) и утвердивший взгляд на психику как необходимую для их выживания функцию. Если механический Д. представлял психику побочным явлением (эпифеноменом), то теперь она выступила в качестве неотъемлемого компонента жизнедеятельности. В дальнейшем, когда было установлено, что этот компонент имеет самостоятельное причинное значение, возник психологический Д., получивший, однако, неадекватную теоретическую трактовку в учении об особой психической причинности, якобы противостоящей материальной (В. Вундт). Иное понимание психологического Д. сложилось в трудах естествоиспытателей (Г. Гельмгольц, Ф. Дондерс, И. М. Сеченов и др.), показавших, что обусловленные воздействием внешних объектов на организм психические явления (образ, реакция выбора и др.) формируются по законам, отличным от физических и биологических, и на этой основе выступают как особые регуляторы поведения. Внедрение в психологию идей естественнонаучного психологического Д. привело к ее обособлению в самостоятельную область знания, изучающую процессы, подчиненные собственным закономерностям. Новая форма Д. была разработана марксистской философией, согласно которой активность сознания людей коренится в их образе жизни. Это создало методологические предпосылки для реализации принципа Д. на уровне психосоциальной организации человеческой деятельности. Основным принципом объяснения психики человека с позиций диалектического материализма намечен положением о том, что, изменяя реальный, независимый от сознания мир своей предметной деятельностью, ее субъект изменяется сам. Благодаря «этой деятельности одновременно порождаются и «внешнее» (продукты материальной и духовной культуры, в которых воплощаются сущностные силы человека), и «внутреннее» (сущностные силы человека, формирующиеся в процессе их объективации в этих продуктах).

ДЕТСКАЯ СУБКУЛЬТУРА (от лат. sub — под, cultura — возделывание, воспитание, развитие) — в широком смысле — все, что создано человеческим обществом для детей и детьми, в более узком — смысловое пространство ценностей, установок, способов деятельности и форм общения, осуществляемых в детских сообществах в той или иной конкретно-исторической социальной ситуации развития. В общечеловеческой культуре Д. с. занимает подчиненное место, обладая вместе с тем относительной автономией, поскольку ее основные культурные ценности передаются изустно, из «поколения в поколение» сверстников. Содержанием Д. с. являются не только актуальные для официальной культуры особенности поведения, сознания, деятельности, но и социокультурные инварианты — элементы различных исторических эпох, архетипы коллективного бессознательного и пр., зафиксированные в детском языке, мышлении, игровых действиях, фольклоре. Носителем Д. с. является детское сообщество, формирующееся в силу половозрастной стратификации общества уже на ранних ступенях социогенеза и выполняющее важнейшие функции социализации ребенка (см. Половая дифференциация).

ДЕТСТВО — термин, обозначающий начальные периоды онтогенеза (от рождения до подросткового возраста). Согласно принятой периодизации, Д. охватывает младенчество (от рождения до 1 года), раннее детство (1-3 года), дошкольный возраст (3 года — 6-7 лет) и младший школьный возраст (6-7-10-11 лет). Исследования психологов (Я. П. Блонского, Л. С. Выготского, Д. Б. Эльконина и др.), данные этнографии о развитии детей в различных обществах способствовали преодолению господствовавших долгое время представлений о Д. как «натуральной стадии», обладающей некими «универсальными» для всех времен и народов свойствами. Показано, что, будучи социокультурным феноменом, Д. носит конкретно-исторический характер и имеет свою историю развития. Главная социальная функция Д., состоящая в подготовке человека к взрослому самостоятельному труду,

определяет специфику возрастной дифференциации, продолжительность и своеобразие Д. На характер и содержание отдельных периодов Д. также оказывают влияние конкретные социально-экономические и этнокультурные особенности общества, в котором растет ребенок, и в первую очередь система общественного воспитания (см. Возраст). Внутри последовательно сменяющих друг друга видов детской деятельности, задаваемых обществом, происходит воспроизведение (присвоение) ребенком исторически сложившихся человеческих способностей. Современная наука располагает многочисленными данными о том, что складывающиеся в Д. психологические новообразования имеют непреходящее значение для развития способностей и формирования человеческой личности (А. В. Запорожец и др.)

ДЕФЕКТОЛОГИЯ (от лат. defectur — недостаток и греч. logos — понятие, учение) — см. Специальная психология.

ДЕЦЕНТРАЦИЯ (от лат. de — приставка, означающая удаление, отмену, centrum — средоточие) — механизм преодоления эгоцентризма личности, заключающийся в изменении точки зрения, позиции субъекта в результате столкновения, сопоставления и интеграции ее с позициями, отличными от собственной. Понятие Д. — одно из ключевых в концепции генетической эпистемологии Ж. Пиаже, используемое для анализа процессов социализации, когнитивного и морального развития личности. Источником Д. выступает непосредственное или интериоризованное (см. Интериоризация) общение с другими людьми (внутренний диалог), в ходе которого происходит столкновение противоречивых точек зрения, побуждающее субъекта к преобразованию смысла образов, понятий и представлений в собственной познавательной позиции. Формирование навыков Д. лежит в основе способности субъекта к принятию роли другого человека, оно связано с уровнями развития когнитивной эмпатии, определяет эффективность коммуникативного (см. Коммуникация) взаимодействия. Способность субъекта к Д. может существенно изменяться на различных возрастных стадиях, повышаясь от детского к зрелому возрасту и несколько снижаясь к старости, она также варьирует в различных сферах деятельности субъекта: так, в профессиональном взаимодействии Д. обычно осуществляется успешнее, чем в семейно-бытовых отношениях.

ДЕЯНИЕ — форма проявления активности субъекта, определяемая ее социально значимыми результатами, ответственность за которые несет сам субъект, даже в том случае, когда они выходят за рамки его намерений. Персональная ответственность субъекта Д. определяется на основании конкретных общественно-исторических критериев оценки его потенциальной возможности предвидеть последствия собственной активности. Д. представляет собой конкретную форму единства психологического и социологического описания активности субъекта и может быть использовано как единица психологического анализа личности. Посредством Д. обеспечивается персонализация индивида в системе межличностных отношений.

ДЕЯТЕЛЬНОСТНОГО ОПОСРЕДСТВОВАНИЯ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ КОНЦЕПЦИЯ — специальная социально-психологическая концепция, рассматривающая межличностные отношения в любой достаточно развитой группе как опосредствованные содержанием и ценностями деятельности. Разработана А. В.

Петровским и первоначально была названа «стратометрической концепцией». Деятельностное опосредствование понимается как системообразующий признак коллектива, определяющий его важнейшие социально-психологические характеристики. Осуществляя свою цель в конкретном предмете деятельности, группа тем самым изменяет себя, совершенствует СВҚІО структуру и преобразует систему межличностных отношений. Характер и направленность этих изменений зависят в конечном счете от

конкретного содержания деятельности и ее ценностей, которые черпаются из более широкой социальной общности. Обращение к опосредствованию межличностных отношений совместной деятельности позволило понять характер групповой дифференциации и интеграции, построить типологию групп и выявить особенности групп высшего уровня развития (коллективов), показав их принципиальные качественные отличия (с использованием количественных индексов) от других малых групп; ориентировать психолога-практика на выяснение значимых параметров группового развития, способствуя тем самым решению задач диагностики группы и прогнозирования результатов ее деятельности, увидеть сложный, многоуровневый («стратометрический») характер структуры межличностных отношений и необходимость учета отнесенности выявленных в исследовании явлений к конкретному уровню (страте) групповых процессов, охарактеризовать коллектив как общность, где индивид получает наиболее благоприятные возможности. Для удовлетворения своей потребности быть полноценной личностью и развития соответствующих способностей. В ходе экспериментальной разработки были введены в научный оборот ряд понятий, обозначающих определенные социально-психологические явления, а также предложены конкретные методики, с помощью которых выявляются параметры группы и личности в группе, отражающие эти явления.

ДЕЯТЕЛЬНОСТНОГО ОПОСРЕДСТВОВАНИЯ ПРИНЦИП (от лат *principium* — основа, начало) — один из методологических принципов психологии, объясняющий детерминацию умственных процессов в сознании индивида (А. Н. Леонтьев), а также межличностных процессов в группах (А. В. Петровский) содержанием, целями и ценностью осуществляемой деятельности. Д. о. п. по отношению к отдельному индивиду позволяет понять и адекватно объяснить некоторые принимаемые им решения, а также тип поведения в деятельностной ситуации. По отношению к группе — понять и объяснить принятие групповых решений, причины группового поведения, процессы дифференциации и интеграции (см. Интеграция групповая). На основе Д. о. п. и идеи уровневой организации развития группы была построена типология групп (см. Деятельностного опосредствования межличностных отношений концепция)

ДЕЯТЕЛЬНОСТНЫЙ ПОДХОД (к изучению психики) — 1) принцип изучения психики, в основу которого положена разработанная Фихте, Гегелем и К. Марксом категория предметной деятельности (М. Я. Басов, С. Л. Рубинштейн, А. Н. Леонтьев и их ученики), 2) теория, рассматривающая психологию как науку о порождении, функционировании и структуре психического отражения в процессах деятельности индивидов (А. Н. Леонтьев). При этом исходным методом изучения психики выступает анализ преобразований психического отражения в процессе деятельности, исследуемой в ее филогенетическом (см. Филогенез), историческом (см. Социогенез), онтогенетическом (см. Онтогенез) и функциональном развитии. Основные принципы Д. п.: принципы развития и историзма; предметности; активности, включающей активность надситуативную как специфическую особенность психики человека; интериоризации — экстериоризации как механизмов усвоения общественно-исторического опыта; единства строения внешней и внутренней деятельности; системного анализа психики; зависимости психического отражения от места отражаемого объекта в структуре деятельности. В контексте Д. п. выделены критерии возникновения психики и стадии развития психики в филогенезе, разработаны представления о ведущей деятельности как основе и движущей силе развития психики в онтогенезе, об уподоблении как механизме формирования образа, о структуре деятельности (деятельность, действие, операция, психофизиологические функциональные системы), о значении, личностном смысле и чувственной ткани как образующих сознания, об иерархии мотивов и личностных смыслов

как единицах строения личности. Д. п. выступает как конкретно-научная методология для специальных отраслей психологии (возрастной, педагогической, инженерной, медицинской и т. п.)

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ — целеустремленная активность, реализующая потребности субъекта. В качестве объяснительного принципа психики категория Д. используется при изучении различных областей психической реальности (психология познавательных процессов, мотивации, воли, эмоций, личности, внутригрупповых процессов) и при построении различных отраслей психологии. Использование категории Д. в качестве объяснительного принципа привело к изменению принципов анализа психики в общей психологии (принцип единства сознания и Д., принцип единства строения внешней и внутренней Д., принцип интериоризации — экстериоризации как механизма усвоения общественно-исторического опыта (принцип зависимости психического отражения от места отражаемого объекта в структуре Д. и др.) и к разработке положений о планомерном формировании умственных действий, о микроструктурном анализе познавательной и исполнительной Д., о деятельностном опосредствовании межличностных отношений и т. д. Основными характеристиками Д. являются предметность и субъектность. Специфика предметной детерминации Д. состоит в том, что объекты внешнего мира не непосредственно воздействуют на субъект, а лишь будучи преобразованы в процессе Д. благодаря чему достигается большая адекватность их отражения в сознании. Филогенетические предпосылки предметности проявляются в обусловленности Д. животных свойствами объектов, ключевыми раздражителями, выделившимися в ходе эволюции вида и служащими удовлетворению тех или иных биологических потребностей, а не любыми воздействиями внешнего мира. В своей развитой форме предметность свойственна исключительно человеческой Д. Она проявляется в социальной обусловленности Д. человека, ее связи со значениями, фиксированными в закрепленных в орудиях схемах действия, в понятиях языка, социальных ролях, в ценностях, социальных нормах (см. Нормы социальные). Субъектность Д. находит свое выражение в следующих аспектах активности субъекта: в обусловленности психического образа прошлым опытом, потребностями, установками, эмоциями, целями и мотивами, определяющими направленность и избирательность Д.; в личностном смысле («значение для меня»), придаваемом мотивами различным событиям, действиям и деяниям. При анализе Д. выделяются три плана ее рассмотрения: генетический, структурно-функциональный и динамический. В генетическом плане исходной формой любой человеческой деятельности является социальная совместная Д., а механизмом развития психики человека выступает интериоризация, обеспечивающая усвоение общественно-исторического опыта путем преобразования социальной совместной Д. в индивидуальную Д. В ходе интериоризации происходит также переход внешней по форме протекания Д. во внутреннюю Д. В основе структурно-функционального рассмотрения Д. лежит принцип анализа «по единицам» (Л. С. Выготский), при котором та или иная реальность разлагается на «единицы», содержащие в себе основные свойства, присущие этой реальности как целому. Иерархические взаимосвязи между единицами Д. подвижны. В зависимости от места отражаемого объекта в структуре Д. изменяются содержание психического отражения, уровень отражения (осознаваемый, неосознаваемый) и вид регуляции Д. (произвольный, произвольный). При рассмотрении Д. в динамическом плане изучаются механизмы, обеспечивающие движение самой Д.: надситуативная активность (см. Активность надситуативная), определяющая саморазвитие Д. и возникновение ее новых форм, и установка, обуславливающая устойчивый характер целенаправленной Д. в постоянно изменяющейся действительности. Реализация Д. осуществляется на основе психофизиологических механизмов, изученных в русле «физиологии активности» Н. А. Бернштейна (см. Уровня

построения движений концепция), теории «функциональных систем» П. К. Анохина (см. Акцептор результатов действия) и представлений о системной организации высших корковых функций А. Р. Лурия (см. Высшие психические функции).

ДЖЕЙМС Умльям (1842-1910) — американский психолог и философ. Следовал идее о том, что жизненная ценность сознания уясняется, только исходя из эволюционной теории, считающей его орудием адаптации к среде. На этом основании разработал моторно-биологическую концепцию психики как особой формы активности организма, призванной обеспечить его эффективное выживание («Принципы психологии», 1890). Членение сознания на элементы отвергалось, и выдвигалось положение о его целостности и динамике («поток сознания»), реализующей нужды индивида. Эти положения стали основополагающими для философии психологических исследований в США. Особое значение придавалось активности и избирательности сознания, а также его функции в жизнедеятельности личности как системы, несводимой к совокупности ощущений, представлений и т. п. Согласно Д., сознание соотносилось не только с телесными адаптивными действиями, но и с природой личности, под которой понималось «все, что человек считает своим». Личность отождествлялась с понятием «Я», рассматриваемым в качестве особой тотальности, имеющей несколько форм: материальную, социальную, духовную. Тем самым намечался переход от чисто гносеологического понимания «Я» к его системно-психологической трактовке и поуровневому анализу. Стремясь трактовать психику в единстве ее внешних и внутренних проявлений, Д. предложил (одновременно с датским анатомом К. Г. Ланге) теорию эмоций, согласно которой испытываемые субъектом эмоциональные состояния (страх, радость и др.) представляют собой эффект физиологических изменений в мышечной и сосудистой системах. Это отражало установку на то, чтобы дать детерминистское, естественнонаучное объяснение чувствам. Большое внимание Д. уделил детальному анализу навыков, идеомоторных актов, а также аномальных психических явлений («Многообразие религиозного опыта», 1902).

ДЖЕЙМСА—ЛАНГЕ ТЕОРИЯ ЭМОЦИЙ — выдвинута независимо друг от друга американским философом и психологом У. Джеймсом и датским медиком Я. Г. Ланге (80-90-е гг. XIX в) Согласно Д —Л т. э, возникновение эмоций обусловлено вызываемыми внешними воздействиями изменениями как в произвольной двигательной сфере, так и в сфере непроизвольных актов сердечной, сосудистой, секреторной деятельности. Совокупность ощущений, связанных с этими изменениями, и есть эмоциональное переживание. По Джеймсу: «Мы печальны потому, что плачем; боимся потому, что дрожим, радуемся потому, что смеемся». Если Джеймс связывал эмоции с широким кругом периферических изменений, то Ланге — только с сосудистодвигательной системой: состоянием иннервации и просветом сосудов. Таким образом, периферические органические изменения, которые обычно рассматривались как следствие эмоций, объявлялись их причиной Д —Л. т. э. представляла собой попытку превратить эмоции в объект, доступный естественному изучению. Однако, связав эмоции исключительно с телесными изменениями, она перевела их в разряд явлений, не имеющих отношения к потребностям и мотивам, лишала эмоции их адаптивного смысла, регулирующей функции Проблема произвольной регуляции эмоций трактовалась при этом упрощенно, считалось, что нежелательные эмоции, например, гнев, можно подавить, если намеренно совершать действия, характерные для положительных эмоций Основные возражения против Д—Л т. э, выдвигаемые в психологии, относятся к механистическому пониманию эмоций как совокупности ощущений, вызываемых периферическими изменениями, и к объяснению природы высших чувств. Критика Д—Л. т. э. физиологами (Ч. С. Шеррингтон, У. Кеннон и др.) основана на данных,

полученных в экспериментах с животными. Главные из них свидетельствуют о том, что одни и те же периферические изменения происходят при самых разных эмоциях, а также при состояниях, с эмоциями не связанных Л. С. Выготский подверг эту теорию критике за противопоставление «низших», элементарных эмоций, как обусловленных сдвигами в организме, «высшим», истинно

человеческим переживаниям (эстетическим, интеллектуальным, нравственным и др.), будто бы не имеющим никаких материальных оснований. ДЖЕННИНГ Герберт (1868-1947) — американский зоолог и зоопсихолог. Выступив с критикой теории тропизмов, экспериментально (в опытах над инфузориями) обосновал положение о том, что организм реагирует на воздействия среды как целое, причем его поведение, стимулируемое его спонтанной активностью, носит системный характер и может быть объяснено как результат отбора движений, случайно оказавшихся успешными, т. е. полезными для самосохранения (см. Метод проб и ошибок). В качестве опосредствующего актуальное поведение фактора вводилось понятие о потребности организма, его видовом и индивидуальном опыте («Поведение низших организмов», 1906). Работы Д. способствовали утверждению объективного метода в зоопсихологии и преодолению как механистических, так и виталистских воззрений на детерминацию поведения.

ДИАГНОЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ (diagnosis, от греч. diagnosis — распознавание) — конечный результат деятельности психолога, направленной на описание и выяснение сущности индивидуально-психологических особенностей личности с целью оценки их актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендации, определяемых задачами психодиагностического обследования. Медицинское понимание диагноза, прочно связывающее его с болезнью, отклонением от нормы, отразилось и на определении этого понятия в психологии. В таком осмыслении Д. п. — это всегда выявление скрытой причины обнаружившегося неблагополучия. Подобные взгляды (например, в работах С. Розенцвейга (S. Rosenzweig)) приводят к неправомерному сужению предмета Д. п., из него выпадает все то, что связано с выявлением и учетом индивидуальных психологических различий в норме. Д. п. не ограничивается констатацией, а необходимо включает предвидение и выработку рекомендаций, вытекающих из анализа всей совокупности данных, полученных в ходе обследования в соответствии с его задачами. Предмет Д. п. — установление индивидуально-психологических различий как в норме, так и в патологии. Важнейшим элементом Д. п. является необходимость выяснения в каждом отдельном случае того, почему данные проявления обнаруживаются в поведении обследуемого, каковы их причины и следствия.

ДИАЛОГ (от греч. dialogos) — попеременный обмен репликами (в широком смысле репликой считается и ответ в виде действия, жеста, молчания) двух и более людей. В психологии исследования Д., связанные с анализом социальных механизмов психики, начались в XX в. (культурно-историческая теория Л. С. Выготского, интеракционизм, психоанализ, теория Ж. Пиаже (см. Женевская школа генетической психологии), работы М. М. Бахтина и др.). Особую область, активно разрабатываемую с 70-х гг., составляют психологические проблемы Д. человека с компьютером. Значение Д. для психологии заключается в том, что у ребенка Д. (речь, вызванная взрослым, обращенная ко взрослому и непосредственно связанная с действием) представляет собой структурно-генетически исходную, а затем — в течение жизни человека — универсальную составляющую речевого общения. Каждая реплика Д. (высказывание) — единица речи индивида — имеет предметную отнесенность (реплика о чем-то) и социальный характер (обращена к партнеру, регулируется микросоциальными отношениями между партнерами). Д. онтогенетически предшествует внутренней речи (см. Речь внутренняя), накладывает отпечаток на ее структуру и функционирование, а тем самым и

на сознание в целом

ДИДАКТОГЕНИЯ (от греч. *didaktikos* — поучительный, *genos* — происхождение)

— вызванное нарушением педагогического такта со стороны воспитателя (педагога, тренера, руководителя и т. д.) негативное психическое состояние учащегося (угнетенное настроение, страх, фрустрация и др.), отрицательно сказывающееся на его деятельности и межличностных отношениях. Д. может являться причиной неврозов.

ДИДРО Дени (1713-1784) — французский философ. Основоположник материалистического направления во французской психологии. Трактовал все психические проявления как функцию мозга, пропагандируя эту концепцию в работе «Энциклопедия, или Толковый словарь наук, искусств и ремесел». Д. считал, что по всей материи рассеяны живые молекулы — носители чувствительности, от которых в процессе естественноисторического развития человека тянется цепь возрастающих по сложности явлений до максимального расцвета разума (см. Рассудок и разум) у человека («Мысли об объяснении природы», 1754). Признавая роль биологических предпосылок развития психики («телесной организации»), отмечал, что умственное состояние народа в целом зависит не от биологических, а от социальных обстоятельств. Д. — автор ряда конкретно-психологических исследований поведения, в частности особенностей психики слепых и глухих, переживаний актера и др. Его идеи сыграли важную роль в приобщении европейской интеллигенции к передовым взглядам на природу человека.

ДИЛЬТЕЙ Вильгельм (1833-1911) — немецкий философ. Разделил психологию на две дисциплины: естественнонаучную и «духовно-научную». Первая изучает механику сознания путем выделения изолированных, однозначно определяемых элементов, из огромного числа которых оно искусственно конструируется. Вторая рассматривает психическую сферу, исходя из представления о внутренне связанных целостностях (переживаниях), которые следует мыслить не по типу «атомов», а как смысловые образования, органично включенные в историю культуры. Индивидуальное сознание тем самым соотносилось с миром культурных ценностей, трактуемым идеалистически как продукт «объективации духа». Психология, ориентирующаяся на естествознание, базируется на методе объяснения. Психология, ориентирующаяся на науки о культуре, — на методе интуитивного постижения жизни (понимания) («Идеи об описательной и расчленяющей психологии», 1894). Д. разработал положение о трех основных типах мировоззрения, которым соответствуют различные характеры. Версия о необходимости разделить психологию на две несовместимые дисциплины являлась проявлением кризиса этой науки (см. «Понимающая психология»).

ДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (от греч. *dynamikos* — сильный, подвижный) — 1) один из разделов психологии, имеющий своим предметом мотивацию человеческого поведения, влечения, эмоции, конфликты, личности, т. е. динамический (побудительный, аффективный) аспект психической жизни в отличие от ее интеллектуальных проявлений; 2) одно из направлений психологии, рассматривающее всю психическую деятельность с точки зрения ее непрерывной динамики, активности. Наиболее крупный представитель Д. п. — американский психолог Р. Будвортс, критикуя учение о том, что поведение живых существ исчерпывается связями между внешними раздражителями и ответными реакциями организма (см. Бихевиоризм), трактовал психический ответ на внешнее воздействие как сложный, изменчивый акт, в динамике которого интегрируются прошлый опыт, и своеобразие наличных условий — внутренних и внешних. Этот синтез не может быть объяснен ни ассоциацией исходных элементов, ни их автоматическим объединением в комплексы и достигается благодаря психической активности, основой которой

служит стремление к цели как фундаментальное свойство живого знака, интенсивности и последовательности — даже при предъявлении лишь одного из стимулов.

ДИНАМИЧНОСТЬ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (от греч. *dynamis* — сила) — свойство нервной системы, характеризующееся легкостью возникновения возбуждения и торможения в ходе выработки условных рефлексов. Соотношение между показателями динамичности возбуждения и торможения определяется как баланс по динамичности (ем. Уравновешенность нервных процессов). От Д. н с зависят скорость и успешность первичного приспособления индивида к новым условиям Д. н. с. как ее самостоятельное свойство обнаружена в исследованиях В. Д. Небылицына (см также: Лабильность; Подвижность).

ДИСПЕРСИОННЫЙ АНАЛИЗ (в психологии) (от лат. *dispersio* — рассеивание) — статистический метод, позволяющий анализировать влияние различных факторов (признаков) на исследуемую (зависимую) переменную. Метод был разработан биологом Р.

Фишером (1925) и применялся первоначально для оценки экспериментов в растениеводстве. В дальнейшем выяснилась общенаучная значимость Д. а. для экспериментов в психологии, педагогике, медицине и др. Суть Д. а. заключается в разложении (дисперсии) измеряемого признака на независимые слагаемые, каждое из которых характеризует влияние того или иного фактора или их взаимодействия. Последующее сравнение таких слагаемых позволяет оценить значимость. Благодаря такому стремлению (потребности) организм оказывается необычайно чувствительным к одним стимулам и безразличным к другим. Потребность тем самым не только определяет характер двигательных реакций, но и влияет на восприятие окружающего мира. Исходя из этих положений, сторонники Д. п. установили ряд важных фактов в области психологии восприятия, построения движений, памяти, процессов чтения и т. д. При этом во всех случаях выявлялось важное значение установки, которая, предваряя психический процесс, регулирует его ход (динамику). Д. п. сыграла важную роль в критике механистических концепций, игнорирующих значение внутренних психологических факторов организации поведения.

ДИНАМИЧЕСКИЙ СТЕРЕОТИП (от греч. *dynamikos* — сильный, подвижный, *stereos* — твердый, *typos* — отпечаток) — интегральная система привычных условно-рефлекторных ответов, соответствующая сигнальной, порядковой и временной характеристике стимульного ряда (см. Стимул). Понятие введено И. П. Павловым (1932). Нервные процессы, лежащие в основе формирования Д. с, объединяются вследствие того, что текущий рефлекторный ответ (функциональное состояние) становится сигналом для следующего ответа и подкрепляется им. При упроченном стереотипе эта последовательность нервных процессов закрепляется, все ответы могут быть воспроизведены — с сохранением каждого изучаемого фактора, а также их комбинации Д. а. используется преимущественно в экспериментальной психологии при изучении действия на испытуемых тех или иных факторов. При этом особую роль играет анализ средних значений (отклонение от которых и называют дисперсией) (см Статистические методы)

ДИСПОЗИЦИОННАЯ КОНЦЕПЦИЯ (от лат. *dispositio* — расположение) — концепция, характеризующая социальное поведение личности в зависимости от состояний ее готовности к определенному способу действий Д. к связывает готовность личности к поведению в данной социальной ситуации с социальными условиями предшествующей деятельности, в которых формируется устойчивая предрасположенность к реализации определенных потребностей объекта в соответствующих условиях Д. к. предложена В. А. Ядовым. Она рассматривает диспозиции личности как иерархически организованную систему, вершину которой образуют общая направленность интересов и система ценностных ориентации как продукт воздействия общих

социальных условий, средние уровни — система обобщенных социальных установок на многообразные социальные объекты и ситуации, а нижний — ситуативные социальные установки как готовность к оценке и действию в конкретных («микросоциальных») условиях деятельности Д к позволяет установить связи между социологическими, социально-психологическими и общепсихологическими подходами к изучению социального поведения личности

ДИСПОЗИЦИЯ (или **предиспозиция**) — готовность, предрасположенность субъекта к поведенческому акту, действию, поступку, их последовательности. В персоналистской психологии (В. Штерн) {см Персонализм) Д. обозначает причинно не обусловленную склонность к действиям, в теории личности Г. Олпорта — многочисленные черты личности (от 18 до 5 тысяч), образующие комплекс предрасположенностей к определенной реакции субъекта на внешнюю среду. В отечественной психологии термин Д. используется преимущественно для обозначения осознанных готовностей личности к оценкам ситуации и поведению, обусловленных ее предшествующим опытом (см. Диспозиционная концепция)

ДИССИМУЛЯЦИЯ — сознательное стремление скрыть болезни или ее симптомы. Наблюдается в основном при заболеваниях, которые сопряжены для человека с

некоторыми объективно или субъективно невыгодными ситуациями Д противоположна симуляции

ДИСТОРЗИИ СМЫСЛОВОГО ВОСПРИЯТИЯ (лат *distorsio* — вывих — феномен систематического смещения оценок содержания текстов и позиции их автора Если она близка убежденным реципиента, он представляет ее фактически тождественной (ассимиляционный эффект) Если позиция автора далека от взглядов реципиента, то она представляется ему полностью противоречащей его убеждениям, (контрастный эффект). Феномен Д. с. в., описанный М. Шерифом и К. Ховлэндом, по своим характеристикам аналогичен перцептивным иллюзиям, возникающим при фиксированной установке Ассимиляционно-контрастная теория коммуникации Ховлэнда-Шерифа объясняет эффективность убеждающей речи; Д. с. в. весьма характерны для воздействия пропаганды в условиях тоталитарного общества (см. Психология пропаганды).

ДИСТРЕСС (от англ. *distress* — горе, страдание, сильное недомогание, истощение) — стресс, оказывающий отрицательное воздействие на организм, дезорганизирующее влияние на деятельность и поведение. Хроническое переживание Д. может привести к дисфункциональным и патологическим нарушениям (см Адаптационный синдром. Стресс, Стрессор).

ДИСФОРИЯ — пониженное настроение с раздражительностью, озлобленностью, мрачностью, повышенной чувствительностью к действиям окружающих, со склонностью к вспышкам агрессии. В редких случаях может проявляться атипично, в виде приподнятого или экзальтированного настроения с раздражительностью, напряженностью, агрессивностью. Д. наиболее характерна при органических заболеваниях головного мозга, эпилепсии, а также при некоторых формах психопатий (эксплозивной, эпилептоидной)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ — (от лат *differentia* — различие) — отрасль психологии, изучающая психологические различия как между индивидами, так и между группам" людей, причалы и последствия этих различий Предпосылкой возникновения Д. п. явилось внедрение в психологию эксперимента, а также генетических (см. Женевская школа генетической психологии) и математических методов. Д. п складывалась под непосредственным воздействием практики — педагогической, медицинской и инженерной. Начало ее разработке положил Ф. Гальтон, создавший ряд приемов и приборов для изучения индивидуальных различий, в том числе для

их статистического анализа (см. Статистические методы в психологии). Термин «Д. п.» ввел немецкий психолог В. Штерн в работе «О психологии индивидуальных различий» (1900). Первыми крупными представителями нового направления были А. Бине, А. Ф. Лазурский, Дм. Кеттел и др. Основным методом Д. п. стали тесты (см. Тестирование) — сперва индивидуальные, а затем групповые, — используемые для определения умственных различий, а с изобретением тестов проективных — для измерения интересов, установок, эмоциональных реакций. Путем обработки тестов методами факторного анализа выявляются факторы, сигнализирующие об общих свойствах (параметрах, измерениях) интеллекта или личности. На этом основании определяются количественные вариации в психологических свойствах отдельных индивидов. В зарубежной психологии наибольшую известность приобрели: 1) теория двух факторов Ч. Спирмена, согласно которой в каждом виде деятельности представлен как общий для любой из них фактор, так и специфический, необходимый только для данного вида деятельности (например, для решения математических задач, литературного творчества и т. п.), 2) мультифакторные теории (Л. Терстоун, Дж. Гилфорд и др.), отрицающие общий фактор и полагающие, что имеется широкий спектр первичных умственных способностей (скорость восприятия, ассоциативная память и др.). Как бы ни совершенствовались тесты и их статистическая обработка, они сами по себе не способны объяснить причины психологических различий. Вопрос об этих причинах на протяжении всей истории Д. п. служит предметом острых дискуссий. В зарубежной Д. п. долгое время

господствовало убеждение в биологической предопределенности способностей и характера человека. Решающее значение приписывалось при этом наследственности и созреванию организма, а зависимость индивидуально-психологических особенностей от образа жизни личности, социально-экономических и культурных условий ее развития игнорировалась. В настоящее время для Д. п. характерно интенсивное развитие новых подходов и методов, как экспериментальных, так и математических. Наряду с различиями между индивидами в умственном отношении широко исследуются различия в творческих и организаторских способностях, в общей структуре личности, в мотивационной сфере. Важное место отводится выявлению корреляций между психологическими свойствами, с одной стороны, физиологическими и биохимическими — с другой. Факты и выводы, полученные Д. п., имеют важное значение для решения многих практических задач (отбор и обучение персонала, диагностика и прогностика развития отдельных свойств, склонностей, способностей индивидов и др.).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ — направление в психологии, исследующее индивидуальные психофизиологические различия между людьми. Термин введен В. Д. Небылицыным (1963). В Д. п. используются два методических подхода: сопоставление физиологических и психологических параметров, полученных в независимых экспериментах, и изучение изменений физиологических функций во время реализации той или иной деятельности. Основной системой взглядов в Д. п. является концепция свойств нервной системы, развитая применительно к человеку Б. М. Тепловым и В. Д. Небылицыным и берущая свое начало от работ Ж. П. Павлова о типах высшей нервной деятельности. Для Д. п. характерны исследование отдельных свойств нервной системы, а не типов в целом; признание у одного и того же свойства многих проявлений, образующих синдром, выделение в синдроме основного показателя, соответствующего определению данного свойства, отказ от оценочного подхода. Психологические свойства нервной системы проявляются, согласно Б. М. Теплову, в формально-динамических характеристиках поведения, прежде всего в особенностях темперамента. Обычно в Д. п. исходя из представления о первичности нейрофизиологического уровня, свойства нервной системы рассматриваются как независимая переменная,

психологические — как зависимая. Однако имеются данные, свидетельствующие и о возможности обратных влияний.

ДОБРЫНИН Николай Федорович (1890-1931) — российский психолог, доктор психологических наук Исследовал психологическую природу внимания, его виды, физиологические основы, свойства и характеристики, прежде всего колебания внимания. Обосновал принцип значимости как одно из фундаментальных оснований функционирования человеческой психики, позволяющий исследовать связь познавательных процессов личности с мотивацией ее поведения, раскрыть роль активности человека в познании окружающего мира. Значимость определяет направленность внимания человека, являясь одним из наиболее существенных среди обуславливающих его признаков. Рассматривал также вопросы интеллектуального (см. Интеллект) воспитания, развития интересов и формирования личности ребенка.

ДОМИНАНТА (от лат. *dominans* — господствующий) — временно господствующая рефлекторная система, обуславливающая работу нервных центров в данный момент и тем самым придающая поведению определенную направленность. Учение о Д. было создано А. А. Ухтомским. Термин и представление о Д. как общем принципе работы нервных центров были введены им в 1923 г. Как господствующий очаг возбуждения, Д. суммирует и накапливает импульсы, текущие в центральную нервную систему, одновременно подавляя активность других центров. Этим объясняется системный характер и целенаправленность поведения организма, которое, будучи рефлекторным по типу, является активным, а не реактивным. Считая Д. особым органом, Ухтомский утвердил понимание органа как функциональной системы, а не морфологически неизменного образования. Решающее значение было придано им принципу «истории системы», ритм функционирования которой воспроизводит ритм внешних воздействий.

Благодаря этим воздействиям нервные ресурсы ткани в оптимальных условиях возрастают, а не истощаются. Общее направление развития нервной системы идет в сторону срочности сигнализации и управления. Нервная система отражает предметы внешней среды в их пространственно-временном единстве благодаря нераздельности пространственно-временных параметров ее деятельности (концепция хронотопа, сложившаяся у Ухтомского под влиянием теории относительности Эйнштейна). Особой Д, присущей человеку, является «доминанта на лицо другого», которую Ухтомский противопоставил индивидуалистическому мировоззрению.

ДОСТИЖЕНИЯ МОТИВАЦИЯ (от франц. *motif* — побудительная причина) — одна из разновидностей мотивации деятельности, связанная с потребностью индивида добиваться успехов и избегать неудач. Исследования Д. м. были начаты в 50-х гг. американским ученым Д. С. Мак-Клелландом, которому удалось выявить индивидуальные различия в Д. м. с помощью тематического апперцепционного теста (ТАТ) Г. А. Мюррея (см. Проективный метод). Развитие Д. м. объяснялось Мак-Клелландом и его коллегами особенностями социализации, например, ценностными ориентациями у представителей тех или иных социальных слоев. Мак-Клелланд считал, что формирование Д. м. зависит от благоприятных условий воспитания и благополучной среды и в соответствии с теорией социального научения (см. Научение социальное) Д. м. является побочным продуктом более фундаментальных социальных мотивов. Последующие работы Дж. Агкинсона, Н. Физера, Х. Хекхаузена и др. показали, что здесь упускаются из виду ранние формы деятельности достижения, которую дети осуществляют спонтанно и даже вопреки воспитательному воздействию взрослых. Поскольку изначально преобладавшее определение мотива достижения как «стремления к повышению уровня собственных возможностей» не объясняло определенных особенностей развития, были введены конкретные мотивационные переменные, устанавливающие

взаимосвязь между деятельностью и мотивом достижения. Это: 1) личностные стандарты (оценка субъективной вероятности успеха, субъективной трудности задачи и т. т.); 2) привлекательность самооценки (привлекательность для индивида личного успеха или неудачи в данной деятельности); 3) индивидуальные предпочтения типа атрибуции (приписывание ответственности за успех или неудачу себе или окружающим обстоятельствам). На формирование высокой потребности в достижении успеха влияет степень эмоциональной включенности родителей в дела ребёнка, а также окружающая обстановка. Наиболее благоприятной является ситуация сочетания ненавязчивого давления родителей и высокой насыщенности среды побуждающими факторами. Тогда проявляется максимум возможностей для самостоятельной проверки ребенком своих умений и возможностей.

ДРУЖБА — вид устойчивых, индивидуально-избирательных межличностных отношений, характеризующийся взаимной привязанностью их участников, усилением процессов аффилиации, взаимными ожиданиями ответных чувств и предпочтительности. Развитие Д предполагает следование ее неписаному «кодексу, утверждающему необходимость взаимопонимания, откровенность и открытость друг другу, доверительность, активную взаимопомощь, взаимный интерес к делам и переживаниям другого, искренность и бескорыстие чувств. Серьезные нарушения «кодекса» Д ведут либо к ее прекращению, либо к поверхностным приятельским отношениям, либо даже к превращению Д. в свою противоположность — вражду. Наибольшей интенсивности Д. достигает в периоды юности и ранней зрелости, когда отмечается исключительная значимость отношений с друзьями, большая частота встреч и большой объем совместно проводимого времени. При этом отношения между друзьями характеризуются глубоким эмоциональным контактом. В связи с тем, что потребность в интимности у девочек формируется быстрее, чем у мальчиков, девушки раньше, чем юноши, переходят от детской Д. к юношеской. Появление своей семьи и другие изменения, сопровождающие переход к зрелости, изменяют характер Д. — Дружеские отношения перестают быть уникальными, их значимость несколько снижается, меняются функции Д. Тем не менее и на более поздних стадиях жизненного цикла Д. остается одним из важнейших факторов формирования личности и поддержания стабильности Я-концепции. Поскольку Д. представляет собой социальный феномен, анализ ее средствами одной только психологии явно недостаточен. Д. активно изучается в социологии, философии, этнографии и других науках

ДУНКЕР Карл (1903-1940) — немецкий психолог, близкий к гештальтпсихологии. Д. исследовал своеобразие творческого мышления как процесса решения проблемы, носящего целостный характер и вместе с тем расчленяемого на несколько взаимосвязанных стадий («К психологии продуктивного мышления», 1935).

ДУХОВНОСТЬ — высший уровень развития и саморегуляции зрелой личности, на котором основными мотивационно-смысловыми регуляторами ее жизнедеятельности становятся высшие человеческие ценности. Проблема Д. в психологии была поставлена впервые в описательной или «понимающей» психологии конца XIX — начала XX в. (В. Дильтей, Э. Шпрингер). Представление о Д. тесно связано у Шпрингера с понятием индивидуальных ценностей. Для духовного внутреннего мира индивидуума характерна цельность, невыводимая из его отдельных элементов и основанная на смысловых связях между ними, а также телеологичность (целенаправленность, интенциональность). В послевоенной психологии проблема Д. рассматривалась в ряде подходов гуманистической психологии, преимущественно ее трансперсональной и экзистенциальной ветвей. Общим для многих подходов исследования Д. является: признание ее связи с

надындивидуальными смыслами и ценностями, божественными или космическими силами. Д. является не структурой, а, наряду со свободой и ответственностью, способом существования человека, достигшего личностной зрелости. На уровне Д. на смену иерархии узколичных потребностей, жизненных отношений и личностных ценностей, определяющих жизнь большинства людей, приходит ориентация на широкий спектр общечеловеческих и трансцендентных духовных ценностей. Человек перестает быть изолированным индивидом, решающим эгоцентрические задачи эффективной адаптации к среде, и подключается к созидательной энергии надындивидуальных общностей или высших сил, выходя за свои собственные пределы и открываясь взаимодействию с миром на новом уровне. Духовные ценности содержательно мотивируют «свободу для», а их неиерархические взаимоотношения создают непредопределенность свободного выбора между ними. Таким образом Д. выступает предпосылкой личностной свободы и ответственности.

ДУША — понятие, отражающее исторически изменявшиеся воззрения на психику человека и животных; в философско-религиозной традиции и ориентированной на нее психологии Д. — это нематериальное, независимое от тела животворящее и познающее начало. Возникновение понятия «Д.» связано с анимистическими представлениями первобытного человека, примитивно-материалистически истолковывавшего сон, обморок, смерть и т. д. Сновидения воспринимались как впечатления Д., покидающей во сне тело и обретающей независимое от него существование. Дальнейшее развитие представлений о Д. происходило в контексте истории психологии и выражалось в столкновении идеалистических и материалистических учений о психике. Уже в период античности было известно, что органом Д. является головной мозг (Алкмеон), сама же Д. представлялась одним из видов вещества: Д. как огонь (Гераклит, Демокрит), воздух (Анаксимен), смешение четырех элементов (Эмпедокл) и др. Впервые положение о неотделимости Д. от тела выдвинул Аристотель, согласно которому Д. у человека выступает в трех модификациях: растительной, животной и разумной. Это учение было преобразовано в идеалистическое (Фома Аквинский) в эпоху средневековья. В новое время Декарт отождествил Д. с сознанием как рефлексией субъекта. В эмпирической психологии понятие о Д. было заменено понятием о душевных явлениях. В научной литературе (философской, психологической и др.) термин «Д.» не употребляется или используется очень редко — как синоним слова «психика». В повседневном словоупотреблении Д. по содержанию обычно соответствует понятиям «психика», «внутренний мир человека», «переживание», «сознание».

ДБЮИ Джон (1859-1902) — американский педагог, психолог, автор первого американского учебника по психологии, один из основателей Чикагской школы психологов. Задачи психологии Д. усматривал не в анализе содержания сознания, а в изучении целостного организма в процессе его адаптации к среде. Исходя из этого, разрабатывал теорию воспитания, направленного на формирование личности, умеющей приспосабливаться к различным жизненным ситуациям.

ДЮРКГЕЙМ Эмиль (1858-1917) — французский социолог. Оказал влияние на развитие психологических исследований отношений между индивидом и обществом. Выделил в качестве основного объяснительного принципа человеческого поведения понятие вырабатываемых обществом «коллективных представлений» как особых фактов социальной жизни, которые определяют видение мира отдельной личностью («Правила социологического метода», 1894). Д. считал, что на ранних стадиях исторического развития индивидуальное сознание полностью поглощается коллективным, и в плане конкретизации этого положения изучил генезис и функции религии. Отвергая психологические объяснения самоубийства, Д. считал, что причины этого

феномена кроются в зависимости индивида от социальных норм в ситуации их крушения.

ЕДИНИЦЫ АНАЛИЗА ПСИХИКИ — структурные или функциональные образования, выступающие в качестве минимальных, далее не разложимых частей целостной психики и сохраняющие основные свойства этого целого. Понятие «Е. а. п.» употребляется в психологической науке в трех взаимосвязанных смыслах. Во-первых, как универсальная составляющая различных психических процессов. Во-вторых, генетический (онтогенетический) источник психических процессов (см. Онтогенез). В-третьих, как универсальное понятие при описании психических процессов. Анализ, основанный на выделении единиц, традиционно противопоставляется расчленению целого на элементы, которые не обладают основными свойствами целого и, напротив, проявляют свойства, которые в исходном целом не могут быть обнаружены (Л. С. Выготский). Выделяемые в ходе анализа психики единицы не следует абсолютизировать, поскольку их характер определяется конкретными задачами исследования. Так, в биологии выделение в качестве единиц анализа живой клетки или биологического вида позволило решить принципиально различные теоретические и прикладные задачи. Постановка вопроса о поиске универсальной Е. а. п., не зависящей от характера исследовательской задачи, не имеет под собой оснований. В современной науке сформулирована система требований к Е. а. п. Они должны иметь внутренне связанную структуру, в которой представлены свойства целого, способность к развитию и саморазвитию, к образованию открытого таксономического ряда и др. (В. П. Зинченко). На разных этапах развития психологической науки в функции Е. а. п. выступали: ощущение, представление и идея] рефлекс; структурное соотношение фигура — фон; поведенческий акт или навык; проба и проверка; схема; действие; операция (обратимое действие);

эмоционально-подобное ощущение; функциональный блок; установка, образ, мотив, значение, отношение, диалог и т. д.

ЖАНЕ Пьер (1859-1947) — французский психолог, психиатр, философ. Свою концепцию называл психологией поведения, основанной на следующих категориях: «активность», «деятельность», «действие», «элементарные, средние и высшие тенденции», «психическая энергия», «психическое напряжение», «психологические уровни», «психологическая экономия», «психический автоматизм.» и «психическая сила». В этих понятиях Ж. объяснял неврозы, психастении, истерии, травматические реминисценции и др., которые трактовались исходя из единства эволюции психических функций в фило- и онтогенезе.

ЖАРГОН (от фр. jargon) — речь какой-л. социальной или профессиональной группы, отличающаяся от общелитературного языка специфической фонетикой, словообразованием, составом слов и выражений, манерой общения. Ж. ученых включает в себя слова, выражения и сокращения, обозначающие наиболее часто встречающиеся в данной области деятельности предметы и явления. Служит средством экономии речевых усилий (например, «эмдэпзшник» — пациент с диагнозом маниакально-депрессивного психоза). Считается, что Ж. молодежи является показателем невысокой речевой культуры говорящих. Он обслуживает сферу непринужденного бытового общения, сферу досуга (имеются лексикосемантические группы одежды, ухаживания, приема алкоголя и др.). В Ж. различают также сленг студентов, музыкантов, артистов, армейский, сленг хиппи, панков, условный сленг и др. В этих группах Ж., ведя в целом свое происхождение от тайных языков офеней, в наибольшей степени выполняет функцию указания на принадлежность говорящего к ограниченной и замкнутой социокультурной группе.

ЖЕЛАНИЕ — отражающее потребность переживание, перешедшее в

действенную мысль о возможности чем-либо обладать или что-либо осуществить. Имея побуждающую силу, Ж. обостряет осознание цели будущего действия и построение его плана. Ж. как мотив деятельности характеризуется достаточно отчетливой осознанностью потребности. При этом осознаются не только ее объекты, но и возможные пути ее удовлетворения.

ЖЕНЕВСКАЯ ШКОЛА ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ (от греч genesis — происхождение) — направление в исследовании психического развития (см. Развитие психики) ребенка, созданное Ж. Пиаже и его последователями. Предмет изучения — происхождение и развитие интеллекта у ребенка, главная задача — исследование механизмов познавательной деятельности ребенка, которые скрыты за внешней картиной его поведения, основной метод исследования — клиническая беседа (см. Интервью клиническое), ориентированная не на фиксацию внешних признаков явления, а на процессы, которые приводят к их возникновению. Работы Ж. ш. г. п. показали, что развитие интеллекта ребенка выражено в переходе от эгоцентризма (центрации) через децентрацию к объективной позиции. Своеобразие развития психики ребенка связано с теми структурами интеллекта, которые формируются при жизни благодаря действиям. Внешние материальные действия ребенка до двух лет (первоначально выполняемые развернуто и последовательно) благодаря повторению схематизируются и с помощью символических средств (имитация, игра, умственный образ, рисунок, речь) в дошкольном возрасте переносятся во внутренний план. Координируясь с другими действиями, они уже в младшем школьном возрасте превращаются в умственные операции. Благодаря обучению можно ускорить приобретение понятий, но величина и природа достижений всегда зависят от исходного уровня развития, а социальные влияния подчиняются схемам и структурам, с помощью которых субъект способен воспринять эти влияния; порядок формирования фундаментальных структур мышления постоянен, но сроки их достижения могут варьировать в зависимости от ряда факторов, законы познавательного развития универсальны, они действуют как в процессе развития мышления ребенка, так и в ходе научного познания (см. Эпистемология генетическая). Исходным для этой школы является положение о взаимодействии живой системы со средой как нераздельности двух непрерывно совершающихся процессов — ассимиляции и аккомодации. При ассимиляции организм как бы накладывает на среду свои схемы поведения, тогда как при аккомодации он перестраивает эти схемы соответственно особенностям среды. Из такого общебиологического подхода Ж. Пиаже исходил в трактовке психического развития, считая, что, стремясь ко все более совершенным формам равновесия со средой, организм создает познавательные структуры.

ЖИНКИН Николай Иванович (1893-1979) — российский психолог. Исследовал психологические и психофизиологические механизмы процесса порождения речевых реакций. Динамической «произносительной» единицей речи считал слог. Выделил три системы, обеспечивающие акустический эффект произносимой речи: генераторную (органы, генерирующие звук), резонаторную (органы, резонирующие звук) и энергетическую (механизм дыхания), управляемые двумя уровнями регуляции произнесения слов — произвольным и произвольным (АМеханизмы речи», 1958).

Разрабатывал также психологические проблемы речевой коммуникации, понимания текста, развития речи учащихся.

ЗАБЫВАНИЕ — процесс, характеризующийся постепенным уменьшением возможности припоминания и воспроизведения заученного материала. З. впервые исследовалось/". Эббингаузом (1885), экспериментально установившим временную зависимость сохранения в памяти бессмысленного вербального материала. Последующие исследования показали, что темп З.

зависит: от объема запоминаемого материала, от его содержания и степени его осознанности, от сходства запоминаемого и интерферирующего (см. Интерференция) материала, от степени значимости запоминаемого материала и включенности его в деятельность субъекта и т. д. Невозможность припомнить какой-либо материал не означает, что он совершенно забыт: забывается конкретная форма материала, но его значимое для субъекта содержание подвергается качественным изменениям и включается в опыт субъекта. Согласно интерференционным теориям (Б. Андервуд, 1964, Д. Серасо, 1967), З представляет собой следствие стирания следа памяти под влиянием проактивной и ретроактивной интерференции. По Р. Аткинсону (1968), долговременная память (см. Память долговременная) вечна, а З. происходит следующим образом, ключом для припоминания является выбор пробной (подсказывающей) информации, благодаря которому активизируются соответствующие поисковые наборы в хранилище долговременной памяти, неадекватный же выбор пробной информации и последующее неудачное воспроизведение (поскольку задача припомнить большой объем материала порождает большие поисковые наборы) и приводят к эффекту З. Но и эта теория уязвима, так как не объясняет всех феноменов З. (см. Эффект края).

ЗАВИСТЬ — негативное состояние психики, вызывающее, как правило, разрушительные для человека чувства, поступки, деяния. В состоянии З человек воспринимает чью-то удачу или успехи на любом поприще как обидную несправедливость по отношению к себе, как угрозу своему статусу, благополучию, как снижение ценности или даже обесценивание своего «Я». Подобно другим психическим состояниям З может быть осознаваемой и неосознаваемой. Неосознаваемая (или вытесняемая) З, маскируясь под «плохое настроение», недовольство жизнью, раздражительность, депрессию и другие симптомы, лежит в основе многих неврозов, личных и семейных драм, «немотивированных» поступков и действий людей. В любом обществе З. социально осуждаема, поэтому осознаваемая О. сопровождается для человека чрезвычайно неприятными и мучительными переживаниями, вызывая стремление избавиться от них. Чаще всего в реальной социальной жизни преодоление З. идет по двум сценариям. 1) позитивному (конструктивному), при котором человек нравственный способен справиться со своими негативными чувствами, более того — признание чужих успехов может послужить соревновательным стимулом для его собственных творческих достижений (так называемая «белая зависть»), 2) негативному (деструктивному), при котором человек слабый духом, стремясь любым способом избавиться от мучительного состояния, прибегает к попытке уничтожить источник своей З. Предпринимаемые в таком случае действия ведут либо к аутоагрессии («самоедству», агрессии, направленной на себя, поскольку моральные запреты не позволяют человеку выплеснуть раздраженность ситуацией на других), либо к вовне направленной агрессии, когда проявляется стремление уничтожить источник мучительных переживаний. Уничтожение может быть символическим (ритуальным), психологическим (через унижение или принижение соперника), физическим («устранение с дороги», разорение и т. п. действия) и фатально-биологическим (устранение через убийство) Любое из этих деяний ведет к разрушению и деградации личности, поскольку у такого индивида нет духовной самозащиты из-за несформированного нравственного чувства и отношений гуманности.

ЗАДАТКИ — врожденные анатомо-физиологические особенности нервной системы, мозга, составляющие природную основу развития способностей. З. неспецифичны по отношению к конкретному содержанию и конкретным формам

деятельности, они многозначны. Вместе с тем нельзя считать, что З. совсем нейтральны по отношению к будущим способностям. Так, особенности зрительного анализатора скажутся именно на способностях, требующих

участия данного анализатора, а особенности речевых центров мозга более непосредственно выступают в видах деятельности, связанных с речевыми способностями, и т. п. Таким образом, индивидуальные З. в какой-то мере избирательны, неодинаковы по отношению к разным видам деятельности. Существуют значительные индивидуальные различия в структуре мозговой ткани людей, но вопрос о роли этих морфологических различий как условий развития психических свойств остается еще невыясненным. Конкретно-научные сведения о З стали накапливаться в психологии благодаря изучению врожденных свойств нервной системы и их значения для индивидуально-психологических различий (школа Б М Теплова).

ЗАДАЧА — 1) отраженная в сознании или объективированная в знаковой модели проблемная ситуация, содержащая данные и условия, которые необходимы и достаточны для ее разрешения наличными средствами знания и опыта; 2) форма структурирования и представления экспериментального материала в исследованиях процессов познания и практической деятельности, 3) одна из форм проектирования содержания обучения Термин »З.« используется также в нестрогом смысле как синоним цели действия или деятельности. Как и проблема, З. берет начало в проблемной ситуации, которая приобретает заданный вид, когда субъект выделяет в ней предметные компоненты (условия), преобразование которых по определенной процедуре (способе, алгоритму) дает новое соотношение, составляющее искомое З., ее решение. Превращение проблемной ситуации в З. является актом продуктивного мышления. В строгом смысле З. — это формализованная, «вырожденная» проблемная ситуация с полным набором известных данных и известным алгоритмом нахождения искомого; ее решение можно передать компьютеру Выделяют и другие типы З. — с недостатком или избытком ДРЬНЫХ, неопределенностью условий, ограничением времени на решение и т. п. Если хотя бы один элемент проблемной ситуации, преобразуемый в З, или сагой З., вызывает трудность у субъекта, она становится для него проблемной Наличие общей генетической основы проблемы и З. (проблемная ситуация), многозначность самого понятия З., зависимость понимания ситуации как З. или как проблемы от личностного контекста, размывают психологический смысл этих двух понятий, приводят к появлению таких противоречивых терминов, как «мыслительная задача», «проблемная задача», «творческая задачам, «эвристическая задача» и др, к трактовке мышления как способности решать З. В исследованиях продуктивного мышления, технического творчества и т. п. фактически под именем З используются проблемы, предполагающие выявление противоречий, выдвижение и проверку 1ипотез по их устранению и т. п. Размытость смысловых границ между З. и проблемой говорит об их взаимопереходах, о континуальном пространстве, охватывающем всю область «от хорошо определенных формальных З. до таких плохо определенных З, как сочинение фуги» (У. Рейтман). Словесная формулировка З. как обобщенная знаковая модель множества прошлых проблемных ситуаций является специфической формой представления содержания обучения

ЗАМЕЩЕНИЕ — защитный механизм, имеющий две различные формы проявления. В психоанализе выделены защита путем замещения объекта и защита путем замещения потребности При З объекта те чувства и действия, которые должны были направляться на объект, вызвавший тревогу, переносятся на иррелевантный объект (не имеющий отношения к ситуации и причине конфликта) З. объекта происходит при невозможности выразить чувства или осуществить действия по отношению к нужному объекту вследствие социальных или физических причин Например, агрессия по отношению к начальнику вымещается на членах семьи Другое проявление защиты по типу З. состоит в изменении на противоположное чувства при сохранении неизменным объекта (любовь, не нашедшая ответа, превращается

в ненависть, сексуальная потребность — в агрессию). В психодинамических теориях (см. Динамическая психология) считается, что защитные эффекты при З. достигаются за счет разрядки энергии, сопровождаемого катарсисом (см. Психоанализ).

ЗАНКОВ Леонид Владимирович (1901-1977) — российский психолог, дефектолог, педагог. Занимался исследованием детей с задержкой умственного развития (см. Умственного развития уровень), одним из первых стал употреблять этот термин по отношению к детям, которых было принято называть «умственно отсталыми», подчеркивая тем самым качественное отличие их психического развития. Считал, что обучение во вспомогательной школе не должно быть цензовым, т. е. приравниваться к классам обычной школы. З. — ученик и последователь Л. С. Выготского, в соответствии с его взглядами рассматривал проблему взаимоотношения обучения и развития. Им разрабатывалась система начального обучения, направленная на повышение качества усвоения знаний и разностороннее развитие ребенка. Ведущий принцип обучения во вспомогательной школе, согласно З., — повышение удельного веса словесных средств по сравнению с наглядными по мере продвижения из класса в класс. Во время Великой Отечественной войны занимался проблемами восстановления функций у раненых. В 40-е гг. изучал проблемы психологии памяти, исследовал соотношение непосредственного и опосредствованного запоминания.

ЗАПЕЧАТЛЕНИЕ (у животных) — специфическая форма научения у животных (см. Импринтинг).

ЗАПОМИНАНИЕ — обобщенное название процессов, обеспечивающих удержание материала в памяти. З. — важнейшее условие последующего восстановления вновь приобретенных знаний. Успешность З. определяется в первую очередь возможностью включения нового материала в систему осмысленных связей. В зависимости от места процессов З. в структуре деятельности различают произвольное и произвольное З. В случае произвольного З. человек не ставит перед собой задачу запомнить тот или иной материал. Связанные с памятью процессы выполняют здесь операции, обслуживающие другие действия. В результате З. носит относительно непосредственный характер и осуществляется без специальных волевых усилий (см. Воля), предварительного отбора материала и сознательного применения каких-либо мнемонических приемов (см. Мнемоника). Вместе с тем зависимость З. от целей и мотивов деятельности сохраняется и в этом случае. Как показали исследования (Л. И. Зинченко, А. А. Смирнов), произвольное З. оказывается значительно более успешным, чем когда запоминаемый материал входит в содержание цели выполняемого действия. Важную роль играет и специфика решаемой задачи: ориентировка на смысловые, семантические связи ведет к более глубокой обработке материала и более продолжительному произвольному З. Произвольное З. является специальным действием, конкретная задача которого — запомнить точно, на максимально продолжительный срок, с целью последующего воспроизведения или просто узнавания — определяет выбор способов и средств З., а тем самым влияет и на его результаты. Типичным для этого вида З. является сложное опосредствованное строение. К числу обычно используемых способов произвольного З. относятся: составление предварительного плана, выделение смысловых опорных пунктов, семантическая и пространственная группировка материала, представление материала в форме наглядного зрительного образа, соотнесение его с уже имеющимися знаниями. При прочих равных условиях произвольное З. продуктивнее произвольного, обеспечивает большую систематичность, сознательность усвоения новых знаний и управляемость этим процессом (см. Обучаемость). Важную роль среди механизмов З. играет повторение. Протягивая эффективную длительность воздействия информации, оно служит средством развития высших социализированных форм памяти,

прежде всего произвольного З. Вместе с тем исследования показывают, что повторение не является безусловно необходимым для долговременного З, в частности его роль существенно снижается при З. жизненно важного материала и сведений, несущих для индивида большую смысловую нагрузку.

ЗАПОРОЖЕЦ Александр Васильевич (1905-1981) — российский психолог. Разрабатывая основы общепсихологической теории деятельности в онтогенетическом аспекте, раскрыл роль практических действий в генезисе познавательных процессов (восприятии, мышлении и др.); выдвинул теорию перцептивных действий, на основе которой впоследствии была разработана система сенсорного воспитания. Занимаясь исследованием произвольных действий ребенка, З. выявил значение ориентировочной деятельности в регулировании поведения. Представление З о действии легло в основу разработанного (совместно с А. Н. Леонтьевым) методов восстановления двигательных функций после ранения В последние годы жизни З разработал теорию эмоций, как особого звена смысловой регуляции деятельности.

ЗАРАЖЕНИЕ — 1) процесс передачи эмоционального состояния (см. Эмоции) от одного индивида (человека или животного) другому на психофизиологическом уровне контакта (см. Психофизиология} помимо или дополнительно к собственно смысловому воздействию (см. Смысл}', 2) способ влияния, основывающийся на общем переживании большой массы людей одних и тех же эмоций. З. может обладать различной степенью произвольности. При наличии обратной связи способно нарастать в силу взаимной индукции, приобретая вид циркулярной реакции. Для З., как и для внушения, характерно сужение сферы сознательного восприятия. Этот феномен чаще всего возникает в толпе, когда люди, руководствуясь лишь своим эмоциональным состоянием/шел*, действуют г на основе информации, принятой без должного анализа, а то и просто слепо повторяют действия Других людей (см. Толпа, Паника массовая). К наиболее известным формам З. относят проявления реакций спортивных болельщиков («фанатов»), группового религиозного экстаза, общую панику, а также агрессивные действия толпы (см. Агрессия). Будучи похоже на внушение, З. принципиально отличается от него тем, что при внушении человек, оказывающий влияние, не обязательно чувствует то же, что и окружающие, а в условиях психического З. каждый индивид, становясь источником З., ничем не отличается от тех, кого он заражает своим состоянием. Различие между внушением и З заключается еще и в том, что З носит спонтанный характер, а внушение почти всегда — акт преднамеренный Внушающий очень хорошо знает, чего он хочет добиться от других. В этой связи внушение, как правило, представляет собой речевое(см. /"ечь^воздействие, в то время как З. немыслимо без невербальных средств, таких, как крики, музыкальные ритмы, жесты. Наиболее легко заражаются настроением окружающих дети. Достаточно, например, чтобы окружающие развеселились, и ребенок тотчас же начинает смеяться, часто не зная и не понимая причины веселья взрослых. Способность к сопротивлению индивида З. зависит от уровня развития его личности, самосознания, сформированности «Я», наличия опыта поведения В экстремальных ситуациях.

ЗАЩИТА ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ — система регуляторных механизмов, служащих устранению или сведению до минимума негативных, травмирующих личность переживаний, сопряженных с внутренними или внешними конфликтами, состояниями тревоги или дискомфорта. Ситуации, порождающие З. п., характеризуются реальной или кажущейся угрозой целостности личности, ее идентичности и самооценке. Эта субъективная угроза может, в свою очередь, порождаться конфликтом противоречивых тенденций внутри личности либо несоответствием поступающей извне информации сложившемуся у личности образу мира и образу «Я». З. п. направлена в конечном счете на сохранение стабильности самооценки

личности, ее образа Я и образа мира, которая достигается путем устранения из сознания источников конфликтных переживаний либо их трансформации таким образом, чтобы предупредить возникновение конфликта. К механизмам З. п. относят также специфические формы реагирования, снижающие остроту переживания угрозы или внутриличностного конфликта.

Начало исследованиям механизмов З. п. было положено З. Фрейдом, рассматривавшим их как формы разрешения конфликта между бессознательными (см. Бессознательное) влечениями и интериоризованными (см. Интериоризация)

социальными требованиями и запретами, и А. Фрейд, видевшей в них также механизмы разрешения (снятая) внешних конфликтов, адаптации к социальному окружению. Согласно А. Фрейд, механизмы З. п. являются продуктом индивидуального опыта и научения. В 40-50-е гг. были развернуты исследования З. п. на уровне изучения механизмов трансформаций угрожающего или конфликтогенного объекта в процессе его восприятия (так называемая «Перцептивная защита»). Всего описано более 20 видов механизмов З. п.

ЗАЩИЩЕННОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ — относительно устойчивое положительное эмоциональное переживание и осознание индивидом возможности удовлетворения своих основных потребностей и обеспеченности собственных прав в любой, даже неблагоприятной ситуации, при возникновении обстоятельств, которые могут блокировать или затруднять их реализацию. Одним из важнейших механизмов, обеспечивающих З. п., является психологическая защита — необходимое условие формирования адекватного чувства З. п.; в противном случае закономерно возникновение чувства психологической незащищенности. Эмпирическими гарантами феномена З. п. являются чувство принадлежности к группе, адекватная самооценка, реалистичный уровень притязаний, склонность к надситуативной активности, адекватная атрибуция ответственности, отсутствие повышенной тревожности, неврозов, страхов и т. п.

ЗДРАВЫЙ СМЫСЛ — совокупность общепринятых, часто неосознанных способов объяснения и оценки наблюдаемых явлений внешнего и внутреннего мира. З. с. суммирует значимые, необходимые каждому человеку в его повседневной жизни, фрагменты исторически доступного опыта. Наряду с информацией о природе и общественных отношениях весьма значительную роль в З. с. играют представления, касающиеся межличностных взаимодействий. В естественном языке, выражающем содержание З. с., имеются тысячи слов, обозначающих черты, личности, психические состояния человека, мотивы, его поведения и т. д. Для современной психологии характерен закономерный интерес к З. с., его содержанию и механизму, в частности, в таких областях социально-психологических исследований (см. Социальная психология), как теория атрибуции (см. Атрибуция каузальная), имплицитная теория личности, изучение социальных стереотипов и т. д. Психологическая наука использует позитивные элементы общечеловеческого опыта и вместе с тем подвергает критическому анализу обыденные, стихийно складывающиеся представления о личности человека и его поведении.

ЗЕЙГАРНИК Блюма Вульфовна (1900-1988) — российский психолог. Работая в школе Я. Левина, выявила зависимость продуктивности запоминания от динамики потребностей субъекта («завершенности» действий), получившую известность в психологии как эффект З. В дальнейшем, развивая общепсихологические идеи культурно-исторической теории применительно к исследованию проблем патологии психических процессов (восприятия, памяти, мышления, речи и т. д.), З. выступила основателем патопсихологии как особой отрасли психологической науки («Патопсихология», 1976). В последние годы жизни занималась разработкой общепсихологических проблем личности.

ЗЕЛЬЦ Отто (1881-1944) — немецкий психолог, последователь Вюрцбургской школы. В экспериментальных исследованиях репродуктивного и продуктивного мышления раскрыл детерминацию мыслительных процессов структурой решаемой задачи, представленной в виде особого «проблемного комплекса» с элементом незавершенности, преодоление которой и составляет результат решения. Выработка «антиципирующей схемы» (см. Антиципация) результата организует процесс мышления путем актуализации определенной системы интеллектуальных (см. Интеллект) операций (дополнение комплекса, абстракция и репродукция сходства) как реализующих известные методы решения, так и ведущих к открытию новых. Трактовка мышления как процесса воссоздания целостности структуры проблемной ситуации оказала влияние на изучение мышления в гештальт-психологии, а также на целый ряд исследований механизмов творческого мышления («Законы продуктивной и репродуктивной духовной деятельности», 1924).

ЗИНЧЕНКО Петр Иванович (1903-1969) — украинский психолог, автор работ по психологии памяти, трактуемой им с позиции деятельностного подхода («О забывании и воспроизведении школьных знаний», 1939). На этой основе исследовал проблемы произвольного запоминания, продемонстрировав зависимость его эффективности от места запоминаемых объектов в структуре деятельности (их связи с мотивами, целями, способом осуществления деятельности), а также от способов смысловой обработки запоминаемого материала. Выступая против абсолютизации разграничения произвольной и произвольной памяти, обосновал общность их функциональных механизмов («Произвольное запоминание», 1961).

ЗНАК — предмет (явление), служащий представителем другого предмета, явления, процесса. Наука о З — семиотика, возникшая во второй половине XIX — начале XX в., связанная с именами Ч. Пирса, Ч. Морриса, Ф. де Соссюра, Г. Фреге, Р. Карнапа и др. и традиционно подразделяемая на прагматику (изучает отношение З. к человеку), семантику (исследует отношение З к значению) и синтаксис (рассматривает отношение З к З. на абстрактном уровне), непосредственно связана с логикой, лингвистикой, культурологией, социологией и др. Психологический анализ принято относить к прагматике. Психологи изучают З общения, прежде всего естественные (в отличие от искусственных — математических, астрономических и т. д.) З., в том числе язык. Выделяется несколько видов З. Согласно швейцарскому языковеду Ф. де Соссюру, З. есть имеющее структуру целое, состоящее из означаемого и означающего, связь между которыми фиксируется обществом и не зависит от «вещества» и формы З и предмета. В различных психологических теориях предложены разные интерпретации ЗЗ. — стимул в схеме «стимул — реакция» у бихевиористов (см. Бихевиоризм); З — символ, носитель бессознательных влечений, — в психоанализе; З. — сигнал, носитель социальных отношений, — в символическом интеракционизме. Особенно велика и многозначна смысловая роль З. в когнитивной психологии в связи с исходной для нее компьютерной метафорой, т. е. аналогией между строением психики человек и информационно-логическими и вычислительными устройствами, созданными с целью получения, хранения, переработки и передачи знаковой информации. В отечественной психологии З играет большую роль в культурно-исторической теории развития психики.

ЗНАЧЕНИЕ — обобщенная 4Аорл!а запечатления субъектом общественно-исторического опыта, приобретённого в процессе совместной деятельности и общения и существующего в виде понятий, опредмеченных в схемах действия, социальных ролях, нормах и ценностях. Посредством системы З. сознанию субъекта предстает образ мира, других людей, самого себя. Индивидуальная система З, выступая в виде интериоризированных (см. Интериоризация) эталонов, обуславливает познавательные процессы (восприятие, мышление, память и т. д.) и акты социального поведения. Посредством системы З.

осуществляется управление процессами индивидуальной деятельности субъекта Носителями З. наряду со структурами естественного языка выступают такие знаковые системы, как схемы, карты, формулы и чертежи, системы символических образов, «язык» искусства (живописи и архитектуры, танца и пантомимы и т. д.). З. раскрывается как содержание знаков, образов, действий в их устойчивом для индивидов данной культуры социально-нормированном смысле. Представление знания в социально-нормированной форме ведет к его осознанию. Выражая с целью обращения индивидуальный опыт (восприятия, мышления, эмоционального переживания и т. п.) в З, субъект тем самым осознает его З в единство с личностным смыслом и чувственной тканью образует структуру индивидуального сознания (А. Н. Леонтьев). Индивидуальная система З развивается в ходе онтогенеза. Выделены генетически более ранние формы З, предшествующие наиболее развитой его форме — понятию (Л. С. Выготский). В них обобщение осуществляется, например, на основе сходства эмоционального тона объектов (см. Эмоции}; к ним относятся также «житейские понятия», являющиеся обобщением индивидуального опыта и не входящие в системные связи с другими понятиями. Обобщения, используемые в формах З у ребенка, могут не совпадать с общепринятыми. Однако для социального взаимодействия, общения и взаимопонимания необходимо совпадение в предметном отношении формирующихся индивидуальных З. с социально принятыми формами. В функциональном плане З. слова выступает как единство обобщения и общения, интеллектуальной и коммуникативной функций субъекта. З. — сложное, иерархически организованное образование, состоящее из более дробных компонентов (иногда называемых «семами», «семантическими признаками», «атомами смысла» и др.). Их выделение и выяснение отношений между ними, т. е. смысловой, семантический анализ — задача экспериментальной психосоматики.

ЗНАЧИМЫЙ ДРУГОЙ — личность, отраженная субъектность которой оказывает влияние на других людей. Это влияние выражается в изменении их мотивационно-смысловой (см. Смысл} и эмоциональной сфер (см. Эмоции}. Термин З. д введен в 30-х гг XX столетия американским психологом Г. Салливаном. В российской психологии в рамках теории деятельностного опосредствования и концепции персонализации построена трехфакторная вероятностная модель З. д (А. В. Петровский, 1988), выявляющая три формы метаиндивидуальной репрезентации личности З. д . властные полномочия (см. Власть), референтность (авторитет} и эмоциональная привлекательность (аттракция}. Каждая из этих характеристик З. д имеет либо положительное, либо отрицательное, либо нулевое значение. Так, например, «референтность» — «антиреферентность»; «статус власти» — безвластность, подчиненность; привлекательность — непривлекательность. Экспериментально получено количественное выражение каждого из этих показателей значимости другого как для группы, людей, так и для отдельного индивида. Различные сочетания названных показателей дают возможность построить типологические модели З. д.: лицо, имеющее максимально высокую степень авторитетности и эмоциональной привлекательности, хотя и не обладающее властными полномочиями («кумир»), или значимый другой, располагающий статусом власти и, вместе с тем, эмоционально-положительно воспринимаемый, однако лишенный референтности («симпатичный начальник») и др.

ЗОНА БЛИЖАЙШЕГО РАЗВИТИЯ — понятие, введено Л. С. Выготским для определения специфики развития человека в онтогенезе. Согласно Выгодскому развитие ребенка (а отлично от других видов развития) происходит посредством присвоения человеческого опыта в сотрудничестве. В любой деятельности ребенка можно выделить два уровня выполнения одного и того же задания — самостоятельное выполнение и выполнение в сотрудничестве со взрослым. Уровень первого выполнения называется

актуальным, второй уровень, более высокий, представляет собой 3 б. р. — область несозревших, но созревающих процессов, и составляет по Выгодскому 3. б. р. Понятие 3. б. р. основано на идее о примате обучения, (во всех разнообразных его формах) в развитии человека и имеет большое практическое значение. Поскольку традиционная диагностика ориентируется на определение актуального уровня развития, ее прогноз, составленный на основе подобных методов, не достаточно надежен. Для определения перспективы развития необходимо знать и «Азавтрашний день развития», а он определяется именно измерением 3. б. р. Так, например, измерение готовности к школе на основе уже сформированных у ребенка способностей оказывается недостаточным. Необходимо определить, как ребенок может сотрудничать со взрослым, т. е. какова его 3. б. р. Разработанные на этом принципе методы определения готовности к школе оказываются более надежными.

ЗОНА ВАРИАТИВНОГО РАЗВИТИЯ — понятие, описывающее процесс развития ребенка в детской субкультуре. Суть его заключается в следующем: если семья и вообще взрослый создает «зону ближайшего развития» ребенка, готовя его к освоению социальных норм и стереотипов данной культуры, то группа сверстников, детская субкультура обуславливает 3. в. р., задавая одновременное существование в «переключку» разных культур, иных логик, и обеспечивая готовность ребенка к решению задач в непредвиденных обстоятельствах (В. В. Абраменкова). В историко-культурных ситуациях, которые могут быть охарактеризованы как неопределенные, расшатываются традиционные механизмы передачи знаний, расширяется 3. в. р., при которой дети начинают ориентироваться не только на взрослых, но в большей степени на более развитых сверстников. 3. в. р. — это зона открытости ребенка к восприятию других культурных традиций, и в этой связи может быть расширена посредством «вариативного образования» (А. Г. Асмолов), направленного на предоставление личности возможностей выбора жизненных целей, активизирующих ее поисковую активность, апробирующего «не общие пути» выхода из неопределенной ситуации в культуре.

ЗООПСИХОЛОГИЯ — (от греч. *zoön* — животное, *psyche* — душа, *logos* — учение) — наука о психике животных, о проявлениях и закономерностях психического отражения на этом уровне 3. изучает формирование психических процессов у животных в онтогенезе, происхождение психики и ее развитие в процессе эволюции, биологические предпосылки и предысторию зарождения человеческого сознания. Психическим способностям животных уделяли внимание уже античные мыслители. Зарождение научной 3. в конце XVIII — начале XIX в. связано с именами Ж. Л. Бюффона и Ж. Б. Ламарка, а позже — Ч. Дарвина. В России основоположниками научного изучения психической активности животных были К. Ф. Рулье и В. А. Вагнер, положившие в XIX—XX вв. начало эволюционистскому направлению в 3. Это направление получило дальнейшее развитие в трудах зоопсихологов, выступающих против антропоморфических и вульгарно-материалистических взглядов на психическую активность животных. Психика животных изучается при этом в единстве с их внешней, преимущественно двигательной, активностью (см. Инстинктивное поведение животных), посредством которой они устанавливают все жизненно необходимые связи с окружающей средой. Как первичный и ведущий фактор развития психики в онтогенезе и филогенезе рассматривается усложнение жизнедеятельности, приводящее к интенсификации, обогащению и совершенствованию двигательной активности (К. Э. Фабри). Конкретное изучение психической Деятельности животных, их перцептивных процессов, ориентировочно-исследовательских реакций, памяти, эмоции, навыков и других форм научения, интеллекта и т. п. производится на основе объективного анализа структуры поведения животных и

требует всестороннего учета экологических особенностей изучаемого вида, так как, в отличие от человека, психическая деятельность животных всецело обуславливается биологическими факторами. Этим определяется особенно тесная связь З. с этологией и другими биологическими науками. Достижения З. особенно значительны в исследованиях, посвященных психической регуляции поведения высших млекопитающих (работы Н. Ю. Войтониса, Я. Н. Ладыгиной-Коте, Г. З. Рогинского и др.)

ЗРЕЛОСТЬ (ВЗРОСЛОСТЬ) — наиболее продолжительный период онтогенеза, характеризующийся тенденцией к достижению наивысшего развития духовных, интеллектуальных и физических способностей человеческой личности. Хронологические рамки периода З. достаточно условны и определяются моментом завершения юности и началом периода старения (см. Старость). Имеются попытки разделения З. на отдельные стадии (молодость, расцвет, собственно зрелость и др.). В психологии изучение З. представлено исследованиями динамики интеллектуальных и творческих способностей, изменений ведущих мотивов и интересов, поиском закономерностей развития личности. Изучаются психологические аспекты таких событий зрелого возраста, как заключение брака и развод, проблемы семейных взаимоотношений, родительские функции. Исследователи выделяют следующие характеристики зрелой личности, развитое чувство ответственности, потребность в заботе о других людях, способность к активному участию в жизни общества и к эффективному использованию своих знаний и способностей, к психологической близости с другим человеком, к конструктивному решению различных жизненных проблем на пути к наиболее полной самореализации. Развитие человека в период З. непосредственно связано с его активным включением в сферу общественного производства. Неспособность успешно включиться в производительную жизнь общества приводит к личностному застою, стагнации.

ИБН СИНА (980-1037) — таджикский врач и психолог. Создал естественнонаучное учение о душе, в котором, обобщив достижения арабоязычной науки, объяснил характер зависимости психических процессов от устройства и деятельности мозга. Особое внимание уделил связи в онтогенезе между развитием психики и возрастным изменением организма.

ИГРА — форма деятельности в условных ситуациях, направленной на воссоздание и усвоение общественного опыта, фиксированного в социально закрепленных способах осуществления предметных действий, в предметах науки и культуры. В И. как особом исторически возникшем виде общественной практики воспроизводятся нормы человеческой жизни и деятельности, подчинение которым обеспечивает познание и усвоение предметной и социальной действительности, интеллектуальное, эмоциональное и нравственное развитие личности. И. называют и некоторые формы жизнедеятельности животных. И. изучается в психологии, этнографии и истории культуры, в теории управления и педагогике и в других науках. Попытку систематического изучения И. первым предпринял в конце XIX в. немецкий ученый К. Гросс. Немецкий психолог К. Бюлер определял И. как деятельность, совершаемую ради получения «функционального удовольствия». Фрейдисты видят в И. выражение глубинных инстинктов или влечений (см. Фрейдизм). Теорию И., исходящую из ее социальной природы, разрабатывали Е. А. Аркин, Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев. Связывая И. с ориентировочной деятельностью, Д. Б. Эльконин определяет И. как деятельность, в которой складывается и совершенствуется управление поведением. Единицей И. и в то же время центральным моментом, объединяющим все ее аспекты, является роль В. И. происходит формирование произвольного поведения ребенка, его социализация. Характерной особенностью И. является ее двуплановость, присущая и драматическому искусству, элементы которого сохраняются в любой коллективной И. С одной стороны, играющий выполняет реальную

деятельность, осуществление которой требует действий, связанных с решением вполне конкретных, часто нестандартных задач, с другой — ряд моментов этой деятельности носит условный характер, позволяющий отвлечься от реальной ситуации с ее ответственностью и многочисленными привходящими обстоятельствами. Двупланность обуславливает развивающий эффект И.

ИГРА ДЕЛОВАЯ — форма воссоздания предметного и социального содержания профессиональной деятельности, моделирования систем отношений, характерных для данного вида практики. Проведение И. д. представляет собой развертывание особой (игровой) деятельности участников на имитационной модели, воссоздающей условия и динамику производства. В зависимости от того, какой тип человеческой практики воссоздается в игре и каковы цели участников, различают И. д. учебные, исследовательские, управленческие, аттестационные. И. д. получили широкое распространение в связи с задачами совершенствования управления, принятия плановых и производственных решений, подготовки и повышения квалификации кадров. Учебная И. д. позволяет задать в обучении предметный и социальный контексты будущей профессиональной деятельности и тем самым смоделировать более адекватные по сравнению с традиционным обучением условия формирования личности специалиста. В этих условиях усвоение нового знания накладывается на канву будущей профессиональной деятельности, обучение приобретает совместный, коллективный характер; развитие личности специалиста осуществляется в результате подчинения двум типам норм: нормам компетентных предметных действий и нормам социальных отношений коллектива. В таком «контекстном» обучении достижение дидактических и воспитательных целей слито в одном потоке социальной по своей природе активности обучающихся, реализуемой в форме игровой деятельности. Мотивация, интерес и эмоциональный статус участников И. д. обуславливаются широкими возможностями для целеполагания и целеосуществления, диалогического общения на материале проблемно представленного содержания И. д.

ИГРЫ ЖИВОТНЫХ — комплекс разнообразных поведенческих актов (преимущественно молодых животных), не имеющих утилитарного значения (действия с биологически нейтральными предметами и игровое общение животных, не приводящее к биологически значимым результатам). По мнению большинства исследователей, И. ж. служат подготовкой к предстоящей взрослой жизни, способствуют накоплению соответствующего индивидуального опыта путем упражнений как в сенсорной, так и в моторной сферах (см-Зоопсихология).

ИДЕНТИФИКАЦИЯ — 1) Уподобление (как правило, неосознанное) себя значимому другому (напр, родителю) как образцу на основании эмоциональной связи с ним. Посредством механизма И. начиная с раннего детства у ребенка формируются многие черты личности и поведенческие стереотипы, полоролевая идентичность и ценностные ориентации. 2) Отождествление себя с персонажами художественного произведения, благодаря которому происходит проникновение в смысловое содержание произведения, эстетическое переживание 3) Механизм защиты психологической, заключающейся в бессознательном уподоблении объекту, вызывающему страх или тревогу 4) Проекция, приписывание другому человеку своих черт, мотивов, мыслей, чувств. 5) И. групповая — отождествление себя с какой-либо (большой или малой) социальной группой или общностью, принятие ее целей и ценностей, осознание себя как члена этой группы или общности. 6) В инженерной и юридической психологии — распознавание, опознание каких-либо объектов (в т ч людей), отнесение их к определенному классу либо узнавание на основании известных признаков.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ВНУТРИГРУППОВАЯ — возникающая в совместной

деятельности форма гуманных отношений, при которой переживания одного из группы даны другим как мотивы, поведения, организующие их собственную деятельность, направленную одновременно на осуществление групповой цели и на устранение фрустрирующих воздействий (см. Фрустрация) Функционирование феномена И. в. в группе выражается в признании за другим, как и за самим собой, равных прав и обязанностей, в оказании содействия и поддержки, а также в требовательном отношении к себе, равно как и к товарищам по группе. Психологической основой И/И. в. является складывающаяся в совместной деятельности определенная готовность субъекта чувствовать, переживать, действовать в отношении другого так, как если бы этим другим являлся он сам

ИДЕОМОТОРНЫЙ АКТ (от греч. idea — идея, образ, лат. motor — приводящим в движение и actus — движение, действие) — переход представления о движении мышц в реальное выполнение этого движения (иначе говоря, появление нервных импульсов, обеспечивающих движение, как только возникает представление о нем). И. А. являются произвольными, неосознаваемыми и, как правило, имеют слабо выраженные пространственные характеристики. Принцип И. а. открыт в XVIII в. английским врачом Д. Гартли и разработан английским психологом В. Карпентером. Дальнейшие исследования показали, что движения, сопровождающие процесс представления движений, не всегда можно отнести к классу произвольных (см. Движения произвольные) и что мышечные сокращения, вызывающие данные движения, могут быть осознаваемыми.

В настоящее время существуют две точки зрения на физиологический механизм И. а. Первая основывается на представлениях И. П. Павлова, согласно которым И. а. управляется эффекторными импульсами, поступающими от определенных клеток коры головного мозга. Вторая точка зрения исходит из положения о кольцевой регуляции движений (Я. А. Бернштейн). И. а. управляется благодаря сигналам обратной связи, поступающим от органов движений. Чувствительность к незаметным для внешнего наблюдателя микродвижениям мышц при И. а. позволяет угадывать задуманное другим человеком и произвольно производимое им движение

ИДИОСИНКРАЗИЯ (от гр. idios — своеобразный, необычный + synkrosis — смешение) — болезненная реакция, непереносимость, возникающая у некоторых людей

на раздражители, которые у большинства других людей подобных явлений не вызывают. В основе И. лежит повышенная чувствительность вегетативной нервной системы к определенным (чаще всего пищевым) раздражителям. В отличие от аллергии возникает при первом же контакте с вызывающим И. агентом, сопровождаясь головной болью, расстройствами дыхания, пищеварения, крапивницей и т. п. В психологии термин И. используется метафорически, для обозначения психологической несовместимости, непереносимости некоторыми людьми друг друга.

ИЗМЕРЕНИЕ (в психологии) — научный метод представления числами интересующего психического свойства или параметров психического процесса на основе некоторых процедурных правил. Совокупность теоретико-математических представлений и процедурных правил, применяемых в психологии, объединились на сегодня в особую область психологической науки — психометрику, или психометрию. И. вводятся в психологическую науку и практику на рубеже XIX-XX вв. как следствие общего для всех экспериментальных наук стремления к использованию математических методов. Научность И. вытекает из неизбежности использования количественных моделей для концепций и понятий на теоретическом уровне, а также их проверки с помощью операциональных количественных процедур на эмпирическом уровне. Правила И. состоят в установлении конвенции (соглашения) о соответствии между свойствами чисел и свойствами

изучаемых объектов. Это соответствие не всегда удается обосновать экспериментально. Оно требует принятия в качестве допущения особой «психометрической модели», опирающейся на измерительную шкалу определенного типа (см Шкалы). Шкалирование является лишь одной из разновидностей И. в психологии. Многие психологические свойства определяются в психологии вначале концептуально, в форме абстракции. Для создания процедуры измерения это определение должно дополняться операциональным определением. Без создания операционального определения теоретическое понятие, как правило, не считается полноценным научным конструктом, т. е. понятием, связанным с определенными реальными явлениями. Операциональное определение состоит из описания условий и действий, которые необходимо соблюсти для определения меры изучаемого свойства. При переходе от теоретического определения к эмпирической части психологического И. обычно возникают два затруднения гносеологического характера. Первое — это определение степени соответствия операциональных определений теоретическим понятиям. Вторая трудность заключается в поиске достоверных эмпирических показателей (индикаторов) проявления таких относительно легко операционализируемых психологических понятий, как, например, «конформизм», «зависимость от поля», «ригидность», и таких крайне трудно операционализируемых, как «интуиция», «бессознательное», «Эдипов комплекс» и т. п. Авторы многих отвлеченных психологических теорий не дают однозначных операциональных определений и эмпирических индикаторов для своих ключевых терминов. Когда другие исследователи пытаются сконструировать какие-нибудь процедуры регистрации этих понятий, то они нередко выбирают для этого совершенно разные явления и получают, вследствие этого, разные результаты.

ИЗОЛЯЦИЯ ГРУППОВАЯ— си Групповая изоляция.

ИЛЛЮЗИИ ВОСПРИЯТИЯ (от лат. *illusio* — ошибка, заблуждение) — неадекватное отражение воспринимаемого предмета и его свойств. Иногда термином «И. в » называют сами конфигурации раздражителей, вызывающие подобное неадекватное восприятие. В настоящее время наиболее изученными являются иллюзорные эффекты, наблюдаемые при зрительном восприятии двумерных контурных изображений. Эти так называемые «оптико-геометрические иллюзии» заключаются в кажущемся искажении метрических соотношений между фрагментами изображения (см рис. 1).

Рис. 1. Некоторые оптико-геометрические иллюзии

А Две центральные окружности кажутся различными, хотя в действительности они одинаковы.

Б Из двух равных по длине отрезков вертикальный кажется больше (горизонтально-вертикальная иллюзия)

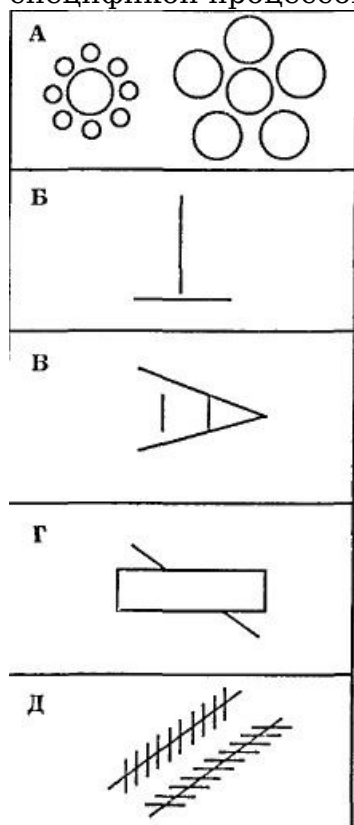
В. Два вертикальных отрезка равны, но правый кажется больше (перспективная иллюзия!)

Г Отрезки одной кривой кажутся сдвинутыми относительно друг друга

Д Параллельные линии кажутся сходящимися

К другому классу И. относится феномен яркостного контраста. Так, серая полоска на светлом фоне кажется темнее, чем на черном. Известно много иллюзий видимого движения: автокинетическое движение (хаотические перемещения объективно неподвижного источника света, наблюдаемого в полной темноте), стробоскопическое движение (возникновение впечатления движущегося объекта при быстром последовательном предъявлении двух неподвижных стимулов в близком пространственном соседстве), индуцированное движение (кажущееся движение неподвижного объекта в сторону, противоположную движению окружающего его фона). К И. в. незрительной природы можно отнести, например, иллюзию Шарпантье: из двух предметов равного веса, но разных размеров меньший кажется тяжелее.

Встречаются также разнообразные установочные иллюзии, детально исследованные Д. Н. Узнадзе и его учениками (см. Установка). Некоторые И. в. имеют сложный характер, например, в ситуации невесомости, при необычной стимуляции вестибулярного аппарата, нарушается оценка положения зрительных и акустических объектов. Существуют также иллюзии осязания, времени, цвета, температурные и т. п. Единой теории, объясняющей все И. в., в настоящее время нет. Принято считать, что иллюзорные эффекты, как показал немецкий ученый Г. Гельмгольц, являются результатом работы в необычных условиях тех же механизмов восприятия, которые в нормальных условиях обеспечивают его константность. Многочисленные исследования посвящены обнаружению детерминант оптической и физиологической природы иллюзий. Их появление объясняется особенностями строения глаза, спецификой процессов кодирования и



декодирования информации, эффектами иррадиации, контраста и т. д. В исследованиях фиксируются социальные детерминанты трансформации образов — особенности мотивационной и потребностной сфер, влияние эмоциогенных факторов, прошлого опыта, уровня интеллектуального развития. Трансформация образов объективной действительности происходит под влиянием целостных образований личности: установок, смысловых образований, «картины мира». По изменению особенностей восприятия иллюзий можно определить глобальные характеристики и качества человека — его состояние в ситуации восприятия (усталость, активность), характер и тип личности, статус и самооценку, патологические изменения, подверженность внушению. В последнее время получены экспериментальные данные, свидетельствующие об изменении видения иллюзий субъектами восприятия в ситуации актуализации у них образа значимого другого. В этих исследованиях акцент переносится с изучения особенностей восприятия на изучение личностных качеств человека (см. Отраженная субъектность).

ИМИДЖ (от англ. image — образ) — стереотипизированный (см. Стереотип) образ конкретного объекта, существующий в массовом сознании. Как правило, понятие И. относится к конкретному человеку, но может также распространяться на определенный товар, организацию, профессию и т. д. В

основе И. лежит формальная система ролей, которые человек играет в своей жизни, дополняющаяся чертами характера, интеллектуальными особенностями (см. Интеллект), внешними данными, одеждой и т. п. И формируется как на основе реального поведения индивида, так и под влиянием оценок и мнений других людей. При формировании И. реальные качества человека тесно переплетаются с теми, которые приписываются ему окружающими.

ИМПЛИЦИТНАЯ ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ («наивная концепция личности», «теория личности здравого смысла») — 1) в широком смысле слова — совокупность неявных представлений человека или группы людей о структуре и механизмах функционирования личностных образований; 2) в узком смысле слова — неявные представления о связях между личностными чертами (см. Черты личности). И т л позволяет сформировать целостное впечатление о другом человеке на основании частичной, порой даже отрывочной информации о его личностных особенностях И. т. л. описывает такие свойства личностных черт, как иерархичность (центральность), оценочность, дифференцированность («когнитивная Ложность»), степень реалистичности (адекватности), устойчивость Особое влияние на Развитие проблематики И. т л оказала теория личностных конструкторов Дж. Келли (см. Личностный конструктор)

ИМПРИНТИНГ (англ. imprint — запечатлеть, оставлять след) — специфическая форма научения у новорожденных высших позвоночных (см. Научение у животных), при котором в их памяти автоматически фиксируются отличительные признаки поведения первых увиденных ими внешних объектов (чаще всего родительских особей, выступающих одновременно носителями типичных признаков вида, братьев и сестер, пищевых объектов, в том числе животных-жертв, и др.). Импринтинг возможен в течение определенного, обычно весьма ограниченного («сенситивного», «критического») периода. Процесс И. совершается чрезвычайно быстро, без внешнего подкрепления, и результат его, как правило, необратим. И. обеспечивает животным охрану потомства (следование детей за родителями), узнавание родителей, членов сообщества, сородичей, будущих половых партнёров, признаков местности и др. В искусственных, экспериментальных условиях у некоторых видов животных и птиц импринтинг может быть вызван любым и неживым движущимся объектом.

ИНГИБИЦИЯ СОЦИАЛЬНАЯ (от лат. inhibere — сдерживать, останавливать) — ухудшение продуктивности выполняемой деятельности, ее скорости и качества в присутствии посторонних людей или наблюдателей, как реальных, так и воображаемых Свойство И. с. противоположно фасилитации социальной.

ИНДИВИД (от лат. individuum — неделимое) — 1) Человек как единичное природное существо, представитель вида Homo sapiens, продукт филогенетического и

онтогенетического развития, единства врожденного и приобретенного (см. Генотип; Фенотип), носитель индивидуально своеобразных черт (задатки, влечения и т. д.) 2) Отдельный представитель человеческой общности; выходящее за рамки своей природной (биологической) ограниченности социальное существо, использующее орудия, знаки и через них овладевающее собственным поведением и психическими процессами (см. Высшие психические функции; Сознание) Оба значения термина «И » взаимосвязаны и описывают человека в аспекте его отдельности и обособленности Наиболее общие характеристики И : целостность психофизиологической организации, устойчивость во взаимодействии с окружающим миром; активность. Признак целостности указывает на системный характер связей между многообразными функциями и механизмами, реализующими жизненные отношения И. Устойчивость определяет собой сохранность основных отношений И. к действительности, предполагая вместе с тем существование моментов пластичности, гибкости, вариативности. Активность И, обеспечивая его

способность к самоизменению, диалектически сочетает зависимость от ситуации с преодолением ее непосредственных воздействий.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ — одно из направлений психоанализа, ответвившееся от фрейдизма и разработанное А. Адлером. И. п. исходит из того, что структура личности (индивидуальность) ребенка закладывается в раннем детстве (до 5 лет) в виде особого «стиля жизни», который предопределяет все последующее психическое развитие. Ребенок из-за незрелости своих телесных органов испытывает чувство неполноценности (см. Комплекс неполноценности), в попытках преодолеть которое и самоутвердиться складываются его цели. Когда эти цели реалистичны, личность развивается нормально, а когда фиктивны, — становится невротичной и асоциальной. В раннем возрасте возникает конфликт между врожденным социальным чувством и чувством неполноценности, которое вводит в действие механизмы компенсации и сверхкомпенсации. Это порождает стремление к личной власти, превосходству над другими и отклонение от социально ценных норм поведения. Задача психотерапии — помочь невротическому субъекту (см. Невротизм) осознать, что его мотивы и цели неадекватны реальности, с тем чтобы его стремление компенсировать свою неполноценность получило выход в творческих актах. Идеи И. п. получили распространение не только в психологии личности, но и в социальной психологии, где они использовались в групповых методах терапии (см. Психотерапия групповая). И. п. оказала влияние на сторонников неопрейдизма.

ИНДИВИДУАЛЬНО-СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ — форма персонализации, которая осуществляется благодаря трансляции индивидом другим людям своих личностных характеристик в виде не освоенных еще ими образцов личностной активности. И. с. в. приводит к постепенному преобразованию личностных смыслов, поведения и мотивационной сферы (см. Мотивация) других людей, феноменологически проявляясь в значимом изменении их деятельности в момент актуализации в их сознании образа индивида — субъекта влияния. И-с. в. является объясняющим принципом ряда феноменов социальной фасилитации (см. Фасилитация социальная).

ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ — человек, характеризуемый со стороны своих социально значимых отличий от других людей; своеобразие психики и личности индивида, ее неповторимость. И. проявляется в чертах темперамента, характера, в специфике интересов, качеств перцептивных процессов (см. Восприятие) и интеллекта, потребностей и способностей индивида. Предпосылкой формирования человеческой И. служат анатомо-физиологические задатки, которые преобразуются в процессе воспитания, имеющего общественно обусловленный характер, порождая широкую вариативность проявления И.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ СТИЛЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ — Устойчивая индивидуально-специфическая система психологических средств, приемов, навыков, методов, способов выполнения той или иной деятельности. Возможности, разных И с д. заключена в существовании «зоны операциональной неопределенности», допускающей выбор разных способов осуществления деятельности. Интенсивность

мотивации какой-либо деятельности определяет наличие и степень выраженности И с. р. Он позволяет людям с разными (В. Я. Мерлин, Е. А. Климов) индивидуально-типологическими особенностями нервной системы, разной структурой способностей, темперамента, характера добиваться равной эффективности при выполнении одной и той же деятельности разными способами, компенсируя при этом индивидуальные особенности, препятствующие достижению успеха. В то же время И. с. д. может быть неоптимальным с точки зрения эффективности деятельности.

ИНДУКТОР (от лат. induce — ввожу, побуждаю) — субъект, адресующий сообщение реципиенту. Синоним — коммуникатор.

ИНДУКЦИЯ — движение знания от единичных утверждений к общим положениям. И. тесно связана с дедукцией. Логика рассматривает И. как вид умозаключения, различая полную и неполную И. Психология изучает развитие и нарушения индуктивных рассуждений. Движение от единичного к общему знанию анализируется в его обусловленности всеми психическими процессами, строением мыслительной деятельности в целом. Примером экспериментальных исследований индуктивных рассуждений являются опыты **ИНДУКЦИЯ НЕРВНЫХ ПРОЦЕССОВ** — возникновение противоположного по знаку нервного процесса вслед за существующим процессом (последовательная И) или за его территориальными пределами (одновременная И). Описана английским физиологом Ч Шеррингтоном (1906) И называется положительной, если первичный процесс — торможение, вслед за которым, по законам И, возникает возбуждение, и отрицательной, если соотношение обратное. Понятие И широко использовалось И. П. Павловым для объяснения закономерностей высшей нервной деятельности (см. Свойства нервной системы)

ИНЖЕНЕРНАЯ ПСИХОЛОГИЯ (от французского *ingenieur* — инженер, специалист в области техники) — отрасль психологии, исследующая процессы и средства информационного взаимодействия между человеком и машиной. И. п. возникла в условиях научно-технической революции, преобразовавшей психологическую структуру производственного труда, важнейшими составляющими которого стали процессы восприятия и переработки оперативной информации, принятие решений в условиях ограниченного времени. Основные проблемы И. п.: 1) анализ задач человека в системах управления, распределение функций между человеком и автоматическими устройствами, в частности компьютерами 2) исследование совместной деятельности операторов, процессов общения и информационного взаимодействия между ними; 3) анализ психологической структуры деятельности оператора; 4) исследование факторов, влияющих на эффективность, качество, точность, скорость, надежность действий операторов, 5) исследование процессов приема человеком информации, изучение сенсорного «входа» человека; 6) анализ процессов переработки информации человеком, ее хранения и принятия решения, психологических механизмов регуляции деятельности операторов; 7) исследование процессов формирования команд и выполнения управляющих действий человеком, характеристик его речевого и моторного «выхода», 8) разработка методов психодиагностики, профессиональной ориентации и отбора специалистов операторского профиля; 9) анализ и оптимизация процессов обучения операторов. В процессе развития И. п. произошел переход от изучения отдельных элементов деятельности к изучению трудовой деятельности в целом, от рассмотрения оператора как простого звена системы управления к рассмотрению его как сложной высокоорганизованной системы, от машиноцентрического подхода — к антропоцентрическому (см также Эргономика)

ИНИЦИАЦИЯ (от лат *initio* — начинать, посвящать в таинство, *initiatio* — совершение таинств) Комплекс действий (в основном обрядовых), посредством которых совершенствуется и формально закрепляется смена социального статуса (см Статус социальный) индивида, происходит включение его в какое-либо замкнутое объединение, приобретение им особых знаний, а также функций или полномочий, обряды, сопровождающие переход из одного возрастного класса в др., включение в высшие касты в Древней Индии, посвящение в рыцари в средневековье, конфирмация, первое причастие, посвящение в сан, коронация и др. В узком значении И. — это характерное главным образом для первобытной культуры посвящение подростков во взрослые полноправные члены социума, являющееся важнейшим этапом социализации личности.

ИНСАЙТ (от англ. insight)— внезапное и невыводимое из прошлого опыта понимание существенных отношений и структуры ситуации в целом, посредством которого достигается осмысленное решение, проблемы. Понятие И. введено гештальт-психологией. В работе немецкого психолога В. Келера. («Исследование интеллекта человекоподобных обезьян», 1930) об интеллекте человекообразных обезьян оно было противопоставлено бихевиористскому (см. Бихевиоризм) представлению о постепенном и «слепом» научении, осуществляющемся методом, проб и ошибок, а в исследованиях немецких психологов М. Вертгеймера («Продуктивное мышление», 1937) и Дункера («Психология продуктивного (творческого) мышления», 1965) применено также и к описанию мышления человека и истолковано как особый акт, противопоставленным другим интеллектуальным операциям. Впоследствии понятие И. приобрело ключевое значение в процессе психологического изучения научного творчества. В этом контексте И. — одна из основных стадий индивидуального творческого мышления, впервые описанная Г. Уоллесом (Wallas G. The art of thought, 1926), расчленившим творческий процесс на стадии подготовки, инкубации, И (озарения) и проверки найденного решения. И. представляет собой попадание решения, найденного в процессе бессознательной мыслительной работы, в фокус сознания. Сознание в этот момент обычно отвлечено от решаемой проблемы, его направленность, как правило, не совпадает с ориентацией бессознательного решения, и поэтому найденное решение всплывает в сознании внезапно, сопровождаясь интуитивной уверенностью в его правильности и эмоциональной активацией. Наиболее яркие примеры И. дает история науки — открытия Архимеда, Ньютона, Пуанкаре и др., осуществленные в виде внезапного усмотрения решений, приходивших к ученым в самых неожиданных ситуациях (соответственно, в ванной, под яблоней, на подножке автобуса). Существование в структуре творческого процесса стадии инсайта рассматривается как одно из главных свидетельств тесной связи творчества с бессознательным мышлением (см. Бессознательное).

ИНСТИНКТ — (от лат. *instinctus* — побуждение) — совокупность врожденных компонентов поведения и психики животных и человека. В понятие И. в разное время вкладывалось различное содержание; в одних случаях И. противопоставлялся сознанию, а применительно к человеку термин «И» служил для обозначения страстных, импульсивного, необдуманного поведения, «животного начала» в человеческой психике и т. д. В других случаях И. назывались сложные безусловные рефлексы, нервные механизмы для координации жизненно необходимых движений и т. п. Столь расплывчатая трактовка побудила большинство современных исследователей отказаться от употребления понятия И. в качестве научного термина, сохранив, однако, термин «инстинктивное» как синоним понятий: «генетически фиксированное», «наследственно закрепленное», «врожденное» поведение, действие и т. п. (см. Инстинктивное поведение животных)

ИНСТИНКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖИВОТНЫХ — совокупность сформировавшихся в процессе развития данного вида животных, т. е. в филогенезе, наследственно закрепленных, врожденных, общих всем представителям вида (видоспецифических) компонентов поведения, составляющих основу жизнедеятельности животных. В процессе индивидуального развития, т. е. онтогенеза, И. п. ж. формируется в сочетании и взаимодействии с процессами научения (см. Научение у животных), но не нуждается в упражнении, сохраняется без периодического подкрепления и отличается устойчивостью, малой индивидуальной изменчивостью и автономностью по отношению к краткосрочным изменениям в среде обитания животного. Относительная «целесообразность» И. п. ж., направленного на выживание особи и продолжение вида, развилась как результат естественного отбора. Инстинктивные действия (акты), из которых складывается И. п. ж., включают

комплексы четко скоординированных движений, поз, звуков, кожных реакций (секреция, изменение окраски) и т. п. Адаптивность и эффективность И. п. ж. обеспечивается «врожденными пусковыми механизмами» — нейросенсорными системами, настраивающими анализаторы, на восприятие специфических «ключевых раздражителей», что способствует их распознаванию, интеграции соответствующих ощущений и растормаживанию (или активации) нервных центров, связанных с данным актом.

ИНТЕГРАЦИЯ ГРУППОВАЯ (от лат. integer — целый) — 1) состояние группы, характеризующееся упорядоченностью внутригрупповых структур, согласованностью основных компонентов системы групповой активности, устойчивостью субординационных взаимосвязей между ними, стабильностью и преемственностью их функционирования и т. п. признаками, свидетельствующими о психологическом единстве, целостности социальной общности; 2) иерархически организованная совокупность внутригрупповых процессов, обеспечивающих достижение названного состояния.. И. г. проявляется в относительно непрерывном и автономном существовании группы, что предполагает наличие процессов, препятствующих нарушению психологической сохранности группы отсутствие интегративных свойств неизбежно ведет к распаду любой человеческой общности. Согласно экспериментальным данным, к их числу можно отнести возникновение чувства «мы», связанное с обострением процессов групповой идентификации и референтности, например, в условиях межгруппового соревнования; кристаллизацию общегрупповых норм регуляции поведения в конфликтной ситуации, и т. п. Наряду с такого рода спонтанными реакциями по нормализации групповой жизнедеятельности в экстраординарных ситуациях, угрожающих единству социальной общности, важными постоянно действующими факторами И. г. выступают процессы руководства и лидерства, а также специальные усилия разнообразных социальных институтов и общественных организаций, ответственных за стабильное существование и эффективное функционирование данной группы. Конкретные исследования И. г., как правило, затрагивают три аспекта групповой жизнедеятельности: межличностные эмоциональные взаимоотношения членов группы, структуру взаимодействия между ними в процессе совместной деятельности, а также характер ценностных ориентации, установок и нормативных представлений образующих группу лиц. И. г. понимается: 1) как эмоциональная идентификация человека с группой и ее членами (см. Аттракция; Сплоченность групповая, Совместимость межличностная), 2) как оптимальное сочетание индивидуальных действий в условиях конкретной совместной деятельности, согласованность функционально-ролевого поведения членов группы при решении общей задачи. Важным показателем оптимальности внутригруппового взаимодействия является организованность группы, т. е. способность коллективного субъекта совместной деятельности к активной перестройке неупорядоченных групповых состояний, 3) как степень совпадения представлений, ориентации, позиции, мнения членов группы по отношению к объектам, наиболее значимым для трудовой жизнедеятельности. Процедура исследования, как правило, включает оценку предлагаемых объектов посредством фиксированного числа признаков, которые баллируются, ранжируются или выбираются по заранее заданной схеме. Хотя источники и детерминанты единства взглядов и позиций членов группы в различных концептуальных схемах трактуются по-разному, мысль о том, что внутригрупповое согласие является важным показателем И. г., широко распространена в отечественной и зарубежной социальной психологии. Значительный вклад в разработку этого направления исследований внес американский психолог Т. Ньюком, предложивший сходство картины мира, единство позиций членов группы назвать термином «Групповое согласие» (см. Ценностно-ориентационное и предметно-ценностное единство коллектива).

ИНТЕЛЛЕКТ (от лат. intellectus — разумение, понимание, постижение) — относительно устойчивая структура умственных способностей индивида. В ряде психологических концепции И. отождествляют с системой умственных операций, со стилем и стратегией решения проблем, с эффективностью индивидуального подхода к ситуации, требующего познавательной активности, с когнитивным стилем и др. В современной западной психологии наиболее распространенным является понимание И как биопсихической адаптации к наличным обстоятельствам жизни (В. Штерн, Ж. Пиаже и др.). Попытка изучения продуктивных творческих компонентов И. была предпринята представителями гештальтпсихологии (М. Вертгеймер, В. Келер), разработавшими понятие инсайта. В начале XX в. французские психологи А. Бине и Т. Симон предложили определить степень умственной одаренности посредством специальных тестов (см. Тесты И). Их работами было положено начало широко распространенной до настоящего времени прагматической трактовки И. как способности справляться с соответствующими заданиями, эффективно включаться в социокультурную жизнь, успешно приспосабливаться. При этом выдвигается представление о существовании базовых структур П., независимо от культурных влияний. С целью совершенствования методики диагностики И. (см. Психодиагностика), были проведены (как правило, с помощью факторного анализа) различные исследования его структуры. При этом разными авторами выделяется различное количество базовых «факторов П.»: от 1-2 до 120. Такое дробление И. на множество составляющих препятствует пониманию его ЦЕЛОСТНОСТИ. Отечественная психология исходит из принципа единства И, его связи с личностью. Большое внимание уделяется исследованию взаимоотношения практического и теоретического И, их зависимости от эмоционально-волевых особенностей личности. Содержательное определение самого И. и особенности инструментов его измерения зависят от характера соответствующей общественно значимой активности сферы индивида (учение, производство, политика и др.). В связи с успехами научно-технической революции — развитием кибернетики, теории информации, вычислительной техники — широкое распространение приобретает термин «искусственный П.». В сравнительной психологии исследуется И. животных.

ИНТЕЛЛЕКТ ЖИВОТНЫХ — высшая форма психической деятельности животных (обезьян и ряда других высших позвоночных), отличающаяся отображением не только предметных компонентов среды но и их отношений и связей (ситуации) а также нестереотипным решением сложных задач различными способами с переносом и использованием различных операций, усвоенных в результате предшествующего индивидуального опыта. И ж. проявляется в процессах мышления, которое у животных всегда имеет конкретный чувственно-двигательный характер, является предметно отнесенным и выражается в практическом анализе и синтезе устанавливаемых связей между явлениями (и предметами), непосредственно воспринимаемыми в наглядно обозреваемой ситуации. Оно всецело ограничивается биологическими закономерностями, чем обуславливается его принципиальное качественное отличие от мышления человека, неспособность даже человекообразных обезьян к абстрактному понятийному мышлению и пониманию коренных причинно-следственных связей.

ИНТЕНЦИЯ (от лат. intentio — стремление) — направленность сознания, мышления на какой-либо предмет.

ИНТЕРАКЦИОНИЗМ (от англ. interaction — взаимодействие) — направление в современной социальной психологии, базирующееся на концепциях американского социолога и психолога Дж. Г. Мидса. Под социальным взаимодействием И. понимается непосредственная межличностная коммуникация («обмен символами»), важнейшей особенностью которой признается способность человека «принимать роль другого», представлять,

как его воспринимает партнер по общению или группа («генерализованный другой»), и соответственно интерпретировать ситуацию и конструировать собственно действия. Развитие личности с точки зрения И. происходит в процессе взаимодействия с другими людьми в обществе, которое трактуется как

система непосредственных коммуникации, причем структура личности содержит компоненты, обеспечивающие ее активность, а также контроль над собственным поведением в соответствии с социальными нормами (см. Норма социальная), ролями и социальными установками партнеров по взаимодействию. В И. изучены структура личности, процессы социализации, ролевое поведение, функции референтной группы (см. Группа референтная) и др. И. присуща психологизация общественных отношений, которые сводятся к непосредственной и межличностной коммуникации.

ИНТЕРВЬЮ (от англ. interview — беседа, встреча) — способ получения социально-психологической информации с помощью устного опроса. В истории И. можно выделить три основных этапа развития:

а) применение И. в области психотерапии и психотехники, что привело впоследствии к созданию психологических консультаций; б) использование И. в конкретных социологических и социально-психологических исследованиях, где впервые встали вопросы валидности различных способов И. и достоверности получаемой информации, в) современный этап характеризуется координацией практических, теоретических и методологических проблем И. в целях использования его как особого метода получения информации на основе вербальной коммуникации. Различают два вида И.: свободные (не регламентированные темой и формой беседы) и стандартизованные (по форме близкие к анкете с закрытыми вопросами). Границы между этими видами И. подвижны и зависят от сложности проблемы, цели и задачи исследования. Степень свободы участников И. определяется наличием и формой вопросов, уровень получаемой информации — богатством и сложностью ответов. В ходе беседы интервьюер может попасть в одну из следующих ситуаций:

а) респондент (опрашиваемый) знает, почему он поступил или поступит так, а не иначе;

б) респонденту недостает информации о причинах своего действия,

в) И. ставит целью получить симптоматическую информацию, хотя респонденту она такой не кажется та или иная ситуация определяет применение разных методов И. В первом случае достаточно использовать упорядоченный, строго направленный вопросник. В двух других ситуациях требуются методы, предполагающие сотрудничество респондента в процессе поиска необходимой информации. Примерами таких методов являются И. клиническое и И. диагностическое.

ИНТЕРВЬЮ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ — (от греч. diagnosis — распознавание) — метод получения информации о свойствах личности, используемый на ранних этапах психотерапии И. д. служит особым средством установления тесного личного контакта с собеседником. Во многих ситуациях клинической работы И. д. оказывается важным способом проникновения во внутренний мир пациента и понимания его затруднений.

ИНТЕРВЬЮ КЛИНИЧЕСКОЕ (от греч. klinike — уход за больным, врачевание) — метод терапевтической беседы при оказании психологической помощи. В психиатрии, психоанализе и медицинской психологии И. к. используется для помощи пациенту в осознании им своих Внутренних затруднений, конфликтов, скрытых мотивов поведения.

ИНТЕРЕС — форма проявления познавательной потребности, обеспечивающая направленность личности на осознание целей деятельности и тем самым способствующая ориентировке, ознакомлению с новыми фактами, более полному и глубокому отображению действительности. Субъективно И. обнаруживается в эмоциональном тоне, который приобретает

процесс познания, во внимании к объекту И. Удовлетворение И. не ведет к его угасанию, а вызывает новые П., отвечающие более высокому уровню познавательной деятельности. И. в динамике своего развития может превращаться в склонность как проявлению потребности в осуществлении деятельности, вызывающей И. Различают непосредственный П., вызываемый привлекательностью объекта, и опосредствованный И. к объекту как средству достижения целей деятельности. Устойчивость И. выражается в длительности его сохранения и в его интенсивности. Об устойчивости И. свидетельствует преодоление трудностей в осуществлении деятельности, которая сама по себе И. не вызывает, но

выполнение которой является условием осуществления интересующей человека деятельности. Оценка широты или узости И. в конечном счете определяется его содержательностью и значимостью для личности.

ИНТЕРИОРИЗАЦИЯ (от лат. interior — внутренний) — формирование внутренних структур человеческой психики благодаря усвоению структур внешней социальной деятельности. Понятие И. было введено французскими психологами (Я. Жане, Ж. Пиаже., А. Баллон и др.). В аналогичном смысле И. понимали и представители символического интеракционизма. Понятия, сходные с П., используются в психоанализе при объяснении того, каким образом в онтогенезе и филогенезе под влиянием структуры межиндивидуальных отношений, переходящей «внутрь» психики, формируется структура бессознательного (индивидуального или коллективного), в свою очередь определяющая структуру сознания.

ИНТЕРФЕРЕНЦИЯ (от лат. inter — между, ferens (ferentis) — несущий) — ухудшение сохранения запоминаемого материала в результате воздействия (наложения) другого материала, с которым оперирует субъект. И. изучается в контексте исследований памяти, процессов научения (в связи с проблемой навыка). В зависимости от последовательности заучиваемого и интерферирующего материала различают ретроспективную И. и проактивную И. В зависимости от характера интерферирующего материала выделяют вербальную И, моторно-акустическую П., зрительную И. и т. д. Понятие об И. лежит в основе ряда психологических теорий забывания. Согласно французскому психологу М. Фуко (1928), интерферирующее воздействие материала на ответы вызывается прогрессивным (для проактивной И.) или регрессивным (для ретроактивной И.) внутренним торможением.

ИНТРОВЕРСИЯ (от лат. intro — движение внутрь и ver-to — обращать, поворачивать) — в аналитической психологии К. Юнга, — качество, свойство и особенность личности, характеризующееся доминирующей ориентацией на собственный внутренний мир. По критериям И. и противоположной ей экстраверсии (т. е. преобладающим ориентациям на внешний мир), К Юнг выделял типы личности интровертов и экстравертов. В психоанализе З. Фрейда понятие И. употреблялось в более ограниченных смыслах, для обозначения: 1) постоянного отклонения либидо и его направленности на Эго («Я») и 2) отхода либидо от возможного реального удовлетворения и усиленного притока его к безобидным дотопе фантазиям. Согласно З. Фрейду, И. является постоянным и необходимым условием заболевания психоневрозом (см. Неврозы).

ИНТРОСПЕКТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ (от лат. introspecto — гляжу внутрь, всматриваюсь) — ряд направлений в психологии, использующих в качестве единственного метода изучения психики наблюдение субъекта за содержанием и актами собственного сознания. Истоки И. п. восходят к учению Р. Декарта — Дж Локка о том, что сознание человека познается принципиально иначе, чем мир внешний, а именно, путем внутреннего созерцания, или внутреннего опыта, объектом которого служат психические образы, мысли, переживания. В период формирования психологии как самостоятельной науки этот метод стал руководящим для немецкого

психолога В. Вундта и его школы, соединивших интроспекцию (см. Самонаблюдение), под которой имелось в виду внутреннее восприятие субъектом осознаваемых им психических процессов, с экспериментальным методом (см. Эксперимент) При этом предполагалось, что ненадежность обычного («ненаучного») самонаблюдения может быть преодолена путем специальной тренировки испытуемых, у которых вырабатывается навык самоотчета о том, что они непосредственно осознают в момент предъявления раздражителя. Сведения, о которых они сообщали, оценивались как научные факты лишь в том случае, если при постоянных внешних раздражителях возникали одни и те же субъективные феномены. На этом основании за структурные элементы психики были приняты ощущения, их копии — образы памяти и простейшие чувства Эти «атомы» чувственной «ткани» сознания изучались с точки зрения их качества, интенсивности и др. Наиболее последовательно и прямолинейно отстаивал такой подход

американский психолог Э. Б. Титченер (см Структурная психология) Другой вариант И. п. представлен немецким философом Ф. Brentano и его последователями (К. Штумпф, Т. Липпс, О. Ктольпе), которые усматривали задачу психологии в том, чтобы непредвзято реконструировать переживаемое индивидом во всей полноте и конкретности Эта установка повлияла на программу Вюрцбургской школы, которая, не ограничивая интроспекцию отчетом о непосредственных раздражителях, соединила ее с ретроспекцией — последующим воспроизведением того, что прежде испытывалось субъектом при решении им интеллектуальных задач. Против Вундта выступила также гештальтпсихология, подвергшая критике «атомизм» его схемы и использовавшая свидетельства сознания для доказательства целостности психического образа И. п., выдвигая субъективный метод как единственное средство изучения психической реальности (в отличие от физической), отождествила эту реальность с данными самонаблюдения, вследствие чего сознание оказалось противопоставленным остальному миру и по своей сущности, и по познаваемости. И. п. была подвергнута острой критике сторонниками бихевиоризма и психоанализа.

ИНТРОСПЕКЦИЯ — (от лат. *introspecto* — гляжу внутрь, всматриваюсь) — метод углубленного исследования и познания человеком актов собственной активности отдельных мыслей, образов, чувств, переживаний, актов мышления как деятельности разума (см Рассудок и разум), структурирующего сознание, и т. п. И. долгое время была главным методом исследования психических состояний и содержания сознания человека (см. Интроспективная психология). Однако в начале XX века, в связи с изменением и расширением объекта и предмета психологии, появлением новых направлений в психологии И. объявили методом идеалистическим, субъективным и ненаучным. Тем не менее И. всегда присутствовала в исследованиях психологов в форме самонаблюдения, рефлексивного анализа (см. Рефлексия.) и т. п. приемах изучения внутренней духовной жизни человека, результатом чего являлись не только данные протоколов исследования, но и выдающиеся философские и литературные произведения, появление которых без внутреннего самоисследования, вчувствования и самоотождествления было бы невозможно.

ИНТУИТИВИЗМ —направление в философии, постулирующее, что единственно достоверным средством познания, как окружающего мира, так и души человека является интуиция. Интуиция понимается как особая способность сознания, не сводимая ни к чувственному опыту, ни к дискурсивному, логическому мышлению.

В построении концепции И. ученые стремились преодолеть разделение интуиции на два вида — опытную и рациональную, посмотрев на ее значение с точки зрения человека (философия жизни Бергсона, феноменология Гуссерля, экзистенциализм Хайдеггера, интуитивизм Лосского). Однако если Вергсон и

Гуссерль все же противопоставляли интеллект и интуицию, то Лосский соединял их, доказывая, что при интуиции происходит не просто отчетливое восприятие сути вещи, но восприятие ее самой. Отрицая границы между субъектом и объектом, Лосский преодолевает, таким образом, и изолированность людей. Так как и чужая одушевленность, и чужое психическое состояние, мысли и переживания людей постигаются интуитивно, то возможно представить чужую душу не как идею, но как психическую целостность. Наиболее полно психологическое содержание И. приобретает в концепции Франка, который делает объектом интуиция не мистический опыт, но реальность самого бытия, выходя к душе субъекта. В его концепции интуиция, познавая иррациональность и смутность душевной жизни, рационализирует ее и делает возможным ее осознание в виде психических состояний.

ИНТУИЦИЯ (от лат. *intueri* — пристально, внимательно смотреть) — знание, возникающее без осознания путей и условий его получения, в силу чего субъект, имеет его как результат «Непосредственного усмотрения». И трактуется и как специфическая способность (например, художественная или научная И), и как «целостное схватывание» условий проблемной ситуации (чувственная И, интеллектуальная И), и как механизм творческой деятельности (творческая И) (см. Творчество, Воображение)

Для концепций интуитивизма (А Бергсон, Н. О. Лосский, З. Фрейд и др.) характерна трактовка И как скрытой в глубинах бессознательного первопричины творческого акта. Научная психология рассматривает И как необходимый, внутренне обусловленный природой творчества момент выхода за границы сложившихся стереотипов поведения (см. Стереотип социальный) и, в частности, логических программ поиска решения задачи. Т. н «непосредственное» интуитивное знание обычно опосредствовано опытом практической и духовной деятельности человека, что собственно и позволяет говорить о профессиональной И как необходимой составляющей профессионального творчества, суммарном результирующем психологическом компоненте профессиональной деятельности. Современные данные психологии чувственного познания, исследования генезиса восприятия, визуального мышления и т. п. убедительно свидетельствуют об опосредствованном характере самых элементарных форм чувственного отражения действительности, в котором выражается их общественно-историческая природа.

ИНФАНТИЛИЗМ ЛИЧНОСТНЫЙ (от лат. *infantilis* — младенческий, детский) — сохранение в психике и поведении взрослого особенностей, присущих детскому возрасту. Индивид, которому свойствен И л (инфантил), при нормальном или даже ускоренном физическом и умственном развитии отличается незрелостью эмоционально-волевой сферы. Это выражается в несамостоятельности решений и действий, чувстве незащищенности, в пониженной критичности по отношению к себе, повышенной требовательности к заботе Других о себе, в разнообразных компенсаторных реакциях: (фантазирование, замещающее реальные поступки, эгоцентризм и др).

ИНФОРМАНТ (от лат. *informatio* — разъяснение, изложение) — субъект, включенный в эксперимент и информирующий экспериментатора (непосредственно или опосредствованно — через письменный ответ) об особенностях своего взаимодействия с объектом.

ИНФОРМАЦИЯ (от лат. *informatio* — разъяснение, изложение) — 1) фундаментальное проявление динамических свойств мира, его структурно-смыслового и качественно-количественного разнообразия; 2) в документалистике — сообщения, сведения, передаваемые людьми друг другу в устной, письменной или иной материальной форме; 3) в физике и биоэнергоинформатике — особая форма энергии; 4) в биологии и

математической статистике — передаваемые от организма к организму признаки и мера их разнообразия; 5) в информатике — сведения (сигналы), в форме двоичной единицы (бита), которыми обмениваются между собой живые и неживые системы И. как динамическая характеристика разнообразия мира может быть проявленной, непроявленной и отображенной.

Проявленная И. присуща любым формам актуального бытия. Она наблюдаема, измеряема и используется для поддержания жизнедеятельности систем. Как любая энергия она может быть «законсервирована» и переведена в <статическое> состояние (например, храниться в форме книги, документа, файла в компьютере и т. п.). Непроявленная И — это И в потенциале, исходно присущая миру в его потенциальном бытии, но скрытая (в том числе от человеческого сознания) до своей возможной востребованности. Непроявленная И может переходить в явную форму, непосредственно и опосредованно. Непосредственный переход возможен в результате взаимодействия природных и космических систем вне участия социальных систем (например, падение метеорита, как явление, информирует об изменениях в природной системе независимо от социальной системы) Опосредованная форма перехода И возникает, когда во взаимодействие с природными и космическими системами вступает социальная (человеческая) система. Фиксируясь человеческим сознанием, непроявленная И. трансформируется в отображенную (идеальную), после чего получает возможность «материализоваться», т. е. перейти в материально закрепленную форму (сообщение в газете, научном журнале и т. п.) с помощью творческих усилий человека (см. Творчество) Современные исследования феномена И. идут в трех основных направлениях 1) разрабатывается понятийный и математический аппарат,

отражающий основные свойства И применительно к задачам физики, кибернетики, научной коммуникации (связи), информационному поиску, переработке, хранению И. и т. п., 2) на базе уже имеющихся математических средств исследуются такие свойства И, как ее ценность, полезность и пригодность для практического использования, 3) применение разработанных математических и информационных методов в гуманитарных науках: в лингвистике, семиотике, психологии и др. Например, в психофизике информационные методы помогли понять и точно описать закон Вебера—Фехнера (см. Вебера—Фехнера закон), в инженерной психологии и эргономике исследовались процессы и средства информационных взаимодействий между человеком и машиной (см. Психология компьютеризации) Научная И. отображает существующие (на данный момент состояния науки) закономерности природы, социальных процессов, сознания, поведения и деятельности людей, в соответствии с которой И. различается по видам (экономическая, техническая, политическая, психологическая и др.) и по назначению (индивидуальная, групповая, массовая, специальная и т. п.).

ИПОХОНДРИЯ — состояние чрезмерного внимания к своему здоровью, страх перед неизлечимыми болезнями (например, канцерофобия, кардиофобия и т. п.). При И человек переоценивает тяжесть менее серьезного заболевания или убежден в том, что он страдает тяжёлым недугом. В соответствии со степенью выраженности проявления (от мнительности до бредовой убежденности) выделяют различные виды И. (обсессивная, депрессивная и бредовая) И. наблюдается при астеноневротических состояниях, психастенической психопатии и акцентуации характера, шизофрении, маниакально-депрессивном психозе и др.

ИРРАДИАЦИЯ (от лат. irrediare — сиять, испускать лучи) — способность нервного процесса распространяться из места своего возникновения на другие нервные элементы (см. Нервная система). Согласно И. П. Павлову, И. возбуждения лежит в основе генерализации условного рефлекса и зависит от интенсивности стимула. В настоящее время установлено, что эффект

генерализации является результатом включения активирующих подкорковых структур (см. Мозг). Так называемая И. торможения пока недостаточно изучена. Согласно концепции П. К. Анохина (1968), это явление сводится к внешнему выражению степени доминантности (см. Доминанта) биологически отрицательной реакции и ее тормозящего действия на другие реакции.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ — область исследований, ориентированных на разработку компьютерных программ, способных выполнять функции, обычно ассоциируемые с интеллектуальными действиями (см. Интеллект) человека: анализ, обучение, планирование, решение, творчество. Наиболее продуктивные направления работ по И и связаны с разработками 1) экспертных систем, (позволяющих работникам средней квалификации принимать решения, доступные узким специалистам), 2) баз данных» (позволяющих разными способами анализировать информацию и выбирать варианты, оценивая последствия принятых решений), 3) исследовательских моделей, позволяющих визуализировать реальность, недоступную непосредственному наблюдению.

Работы по И и. базируются на представлении об изоморфизме между мозгом и физическими устройствами, соответствующем единой структуре мира и единству законов природы, общества и мышления. Работы по И. и. содействуют взаимообогащению технических и психологических знаний. На первых этапах работ по И. и. мышление человека принималось за образец, за некий идеал, созданный природой и обществом за миллионы лет эволюции и тысячелетия социального развития. В последующем, начиная с работ Марвина Минского и Сеймура Пейперта, компьютерные программы рассматриваются не только как инструмент объяснения процессов мышления, но и как средство изменения и совершенствования интеллектуальных процедур. Работы по И. и. открыли перспективы развития современного мышления, связанные с его уникальным характером. Под воздействием работ по И и меняется понимание задач обучения: человек должен овладевать не столько способами решения задач, сколько способами их постановки, должен уметь выбирать стиль мышления, адекватный конкретной проблематике. Мышление человека должно приобрести эпистемологический характер, т. е. быть направленным на осознание принципов работы своего интеллекта и познания его индивидуальных особенностей

ИСПРАВИТЕЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ — область юридической психологии, изучающая условия и особенности исправления и перевоспитания правонарушителей, преимущественно в исправительно-трудовых учреждениях (интеллектуальные и личностные свойства этих лиц, процесс их адаптации к пребыванию в исправительных учреждениях, психические состояния, вызываемые лишением свободы, методы воспитания положительного отношения к труду, формирование установки на исправление). И. п. изучает как психологию отдельных правонарушителей, так и структуру формальных и неформальных групп в местах заключения, психологические механизмы их возникновения и функционирования. Результаты научных исследований по И п. используются при создании практических психолого-педагогических рекомендаций, направленных на ресоциализацию правонарушителей, создание у них психологической готовности к нормальной жизни на свободе, а также на предупреждение рецидивной преступности

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЖИВОТНЫХ компонент психической детальности животных, обеспечивающий биологически адекватную ориентацию их поведения в ситуации новизны. Наряду с ориентацией И п у ж. составляет начальный этап любого поведенческого акта (см. Инстинктивное поведение животных) и обеспечивает животному получение жизненно важной информации об общей ситуации, о предметном окружении, о новых объектах и изменениях, происшедших в привычной, хорошо знакомой обстановке. Животное осуществляет дистантное и контактное обследование новых

компонентов и ситуационных изменений, устанавливает их свойства и значимость. И п. у я: приводит к формированию новых или преобразованию старых психических образов исследованных ситуаций, обеспечивает адаптивную корректировку или совершенствование общего и интеллектуального поведения животного (см. Интеллект у животных, Мышление животных).

ИСТОРИОГРАФИЯ ПСИХОЛОГИИ (от греч historia — рассказ о прошлых событиях, grapho — пишу) — совокупность исследований, объектом которых является история психологии. В XIX в. имелись лишь разрозненные труды в этой области. В XIX в. имелись лишь разрозненные труды в этой области. В XX в. она складывается в особое направление, наиболее фундаментально представленное в работах Э. Боринга, Д. Уотсона (младшего) (США), Дж. Флюгеля (Англия¹), Л. Понграца, Микаэла Вертгеймера (ФРГ), П. Фресс (Франция) и др. В странах СНГ основные проблемы истории психологии разрабатывались в исследованиях Б. Г. Ананьева, Л. И. Анцыферовой, Е. А. Будиловой, А. Н. Ждан, А. В. Петровского, В. А. Роменца, А. А. Смирнова, Б. М. Теплова, О. М. Тутунджа-на, М. Г. Ярошевского и др. И. п. ставит задачей реконструировать прошлое с целью разработки общей теории развития психологических идей, раскрытия условий и причин этого развития (социокультурных и личностных), закономерностей и механизмов получения нового знания о психической реальности, взаимодействия науки и социальной практики.

ИСТОРИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ 1 Я — см Социогенез

ИСТОРИЯ ПСИХОЛОГИИ — Первые научные представления о психике возникли в древнем мире (Индия, Китай, Египет, Вавилон, Греция, Грузия) в недрах философии в противовес религиозному догмату о душе как особой сущности, внешним и случайным образом связанной с телом. Развитие этих представлений стимулировали запросы общественной практики, лечения и воспитания, древние врачи установили, что органом психики является мозг, и выработали учение о темпераментах. Это естественнонаучное направление было тесно связано с воззрением на душу человека как вещественную (огненную, воздушную и т. п.) частицу космоса, движущегося по собственным вечным и неотвратимым законам. В идеалистических концепциях душа противопоставлялась телу и признавалась бессмертной. Вершиной психологии в пер-

од античности явилось учение Аристотеля (трактаты «О душе», «О возникновении животных» и др.), в котором душа трактуется как форма организации способного к жизни материального тела (а не как вещество или бесплотная сущность). Он изложил первую систему психологических понятий, выработанных на основе объективного и генетического методов. В эллинистический период из принципа жизни в целом душа становится принципом только определенных ее проявлений, психическое отделяется от общебиологического. В феодальную эпоху развитие положительных знаний о психике резко замедлилось, но не прекратилось. Прогрессивные врачи и мыслители арабо-язычного мира (Ибн Сина, Ибн аль-Хайсам, Ибн Рошд и др.) подготовили своими идеями последующий расцвет естественнонаучной психологии в Западной Европе, где с зарождением капитализма укрепляется стремление исследовать человека опытным путем как природное существо, поведение которого подчиняется естественным законам (Леонардо да Винчи, Х. Л. Вивес, Х. Уарте и др.). В эпоху буржуазных революций и торжества нового материалистического мировоззрения складывается принципиально новый подход к психической деятельности, объясняемой и исследуемой теперь с позиций строжайшего детерминизма. Социально-экономические преобразования обусловили прогресс психологического мышления, обогатившегося в XVII в. рядом фундаментальных категорий. Р. Декарт открывает рефлекторную природу поведения (см. Рефлекс), а понятие о душе

преобразует в нетеологическое понятие о сознании как непосредственном знании субъекта о собственных психических актах. В эту же эпоху складывается ряд важнейших психологических учений об ассоциации как закономерной связи психических явлений, определяемой связью телесных явлений (Р. Декарт, Т. Гоббс), об аффектах (Б. Спиноза), об апперцепции и бессознательном (Г. Лейбниц), о происхождении знания из индивидуального чувственного опыта (Дж. Локк). Конкретно-научная разработка принципа ассоциации английским врачом Д. Гартли сделала этот принцип на полтора столетия главным объяснительным понятием психологии. В русле материалистического мировоззрения развиваются психологические идеи Д. Дидро, М. В. Ломоносова, А. Н. Радищева и других прогрессивных мыслителей. В XIX в. в недрах физиологии появились экспериментальные методы исследования психических функций и были сделаны первые попытки ввести в анализ этих функций количественные оценки (Э. Г. Вебер, Г. Т. Фехнер, Г. Гельмгольц и др.). Дарвинизм показал необходимость изучения психических функций как реального фактора развития биологических систем. В 70-80-х гг. XIX в. психология превращается в самостоятельную область знания (отливную от философии и физиологии). Главными центрами ее разработки становятся специальные экспериментальные лаборатории. Первач из них была организована В. Бундтом (Лейпциг, 1879). По ее образцу возникают аналогичные учреждения в России, Англии, США, Франции и других странах. Последовательную программу разработки психологии на основе объективного метода выдвинул И. М. Сеченов, идеи которого оплодотворили экспериментально-психологическую работу в России (В. М. Бехтерев, А. А. Токарский, Н. Н. Ланге и др.), а в дальнейшем через труды В. М. Бехтерева и И. П. Павлова оказали влияние на разработку объективных методов в мировой психологической науке. Главными темами экспериментальной психологии являлись вначале ощущения и время реакции (Ф. Дондерс), а затем — ассоциации (Г. Эббингауз), внимание (Дж. Кеттел), эмоциональные состояния (см. Эмоции) (У. Джеймс, Т. А. Рибо), мышление и воля (Вюрцбургская школа, А. Вине). Наряду с поиском общих закономерностей психологических процессов складывается дифференциальная психология, задачей кою-рой является определение с помощью измерительных методов индивидуальных различий между людьми (Ф. Гальтон, А. Вине, А. Ф. Лазурский, В. Штерн и др.). На рубеже XIX и XX вв. в психологии назревает кризис, обусловленный ломкой старых понятий. Терпит крах представление о сознании как совокупности непосредственно переживаемых субъектом явлений. Акцент переносится на ориентацию человека в окружающей среде, на скрытые от сознания факторы регуляции поведения. Главным течением американской психологии становится бихевиоризм, согласно которому психология не должна выходить за пределы внешне наблюдаемых телесных реакций на внешние стимулы. Динамика этих реакций мыслилась как носящий вероятностный характер поиск, случайно ведущий к успешному действию, закрепляемому повторением (метод проб и ошибок). Программные установки этого направления выразил Дж. Б. Уотсон (1913). Другой влиятельной школой явилась гештальт-психология, экспериментальным объектом которой явился целостный и структурный характер психических образований. В начале века возник также психоанализ З. Фрейда, согласно которому решающая роль в организации человеческой психики принадлежит неосознаваемым мотивам (прежде всего сексуальным). Новые направления обогатили эмпирическую и конкретно-методическую базу психологии, способствовали развитию ее категориального аппарата (категории действия, образа, мотива). Теоретические поиски зависимости психики человека от мира истории и культуры, от общественной жизни привели к концепции «двух психологии» (В. Вундт, В. Дильтей, Г. Риккерт), согласно которой психология не может быть единой наукой, поскольку, как утверждали сторонники этого направления,

естественнонаучный, экспериментальный объяснительный подход к психике в принципе несовместим с культурно-историческим. Ряд психологов выдвинул на передний план роль социальных факторов в регуляции человеческого поведения (Дж М Болдуин, Дж Дьюи, Дж. Муд и др.). С марксизмом в научную психологию вошли новые принципы, изменившие ее теоретический облик. Идеи перестройки психологии на марксистской основе активно отстаивали Я Н Корнилов, П. П Блонский, МЯ Басов и др. Марксистский принцип историзма стал определяющим для исследований Л С. Выготского и его учеников Развитие российской психологии шло в тесном содружестве с развитием психофизиологических исследований в трудах И П. Павлова, В МБехтерева, А. А Ухдаомского, Л. А. Орбели, С. В Кравкова, НА. Ёряштейна и др. Преодолевая идеалистические и механистические (реактология, рефлексология) влияния, ученые утверждали в психологии учение , о деятельности и ее социально-исторической детерминации, идеи теории отражения. Теоретическое и экспериментальное изучение основных проблем психологии нашло воплощение в работах А Р. Лурия, А НЛеонтьева, БМ. Теплова, А. А. Смирнова, С. Л Рубинштейна, Б. Г. Ананьева, Н. Ф. Добрынина, А В. Запорожца, Л. А. Шварца и др. В рамках этой методологии разрабатывались актуальные проблемы психологии в тесной связи с практическими задачами обучения и воспитания.

Развитие психологии в странах в 30-40-х гг. XX в. характеризовалось распадом главных школ. В бихевиористических теориях на передний план выдвигается понятие о «промежуточных переменных», т. е. о факторах, опосредствующих двигательную реакцию (зависимая переменная) на раздражитель (независимая переменная). Логика развития науки и требования практики направили психологию на изучение «центральных процессов», развертывающихся между сенсорным «входом» и моторным «выходом» системы организма.

Утверждению этой тенденции в 50-60-х гг. способствовал опыт программирования на электронных машинах. Под влиянием этих идей успешно разрабатывалась когнитивная психология. Получили развитие такие отрасли психологии, как инженерная, социальная и медицинская. Большое влияние на трактовку психических процессов оказали работы швейцарского психолога Ж Пиаже, изучавшего преобразование внутренней структуры умственной деятельности в ходе онтогенеза. Изменяется и взгляд на роль нейрофизиологических механизмов. Они более не игнорируются, но рассматриваются как неотъемлемый компонент общей структуры поведения (Хебб, К При-брам) В недрах психоанализа возникает неофрейдизм — течение, связавшее бессознательную психическую механику (см Бессознательное) с действием социально-культурных факторов (КХорни, Г. С. Салливен, Э. Фромм} и соответственно перестроившее психотерапию. Наряду с новыми вариантами бихевиоризма и фрейдизма на роль «третьей силы» в психологии западных стран начинает претендовать «экзистенциальная», гуманистическая психология, утверждающая, что исследование научных понятий и объективных методов ведет к дегуманизации личности и ее дезинтеграции, препятствует ее стремлению к саморазвитию. Неудовлетворенность биологизаторскими и идеалистическими концепциями способствовала пробуждению у западных психологов живого интереса к историко-материалистическому пониманию психической деятельности (Ж. Политцер, А Вал-лон, Л Сэв, П. Фресс и др.).

ИЕРКС Роберт (1876-1956) — американский психолог Один из создателей зоопсихологии В опытах над приматами установил ряд закономерностей их поведения, в частности, относящихся к связи между мотивацией и способностью восприятия внешних объектов Данные о том, что сильная мотивация препятствует выработке навыков различения сложных стимулов, но благоприятна для различения простых, принято называть законом Иеркса

—Додсона.

ЙЕРКСА—ДОДСОНА ЗАКОН — показывает зависимости качества (продуктивности) выполняемой деятельности от интенсивности (уровня) мотивации. Первый И —Д з утверждает, что по мере увеличения интенсивности мотивации качество деятельности изменяется по куполообразной кривой, сначала повышается, затем, после перехода через точку наиболее высоких показателей успешности деятельности, постепенно понижается. Уровень мотивации, при котором деятельность выполняется максимально успешно, называется оптимумом мотивации. Согласно второму И.—Д. з, чем сложнее для субъекта выполняемая деятельность, тем более низкий уровень мотивации является для нее оптимальным. Законы были открыты американскими психологами Р. М. Йерксом и Дж. Д. Додсоном в 1908 г при исследовании зависимости научения от силы подкрепления (электроудара) у мышей. Впоследствии законы получили подтверждение на материале других видов деятельности и мотивации как у животных, так и у человека

ЙОГА (от санскр. уога — соединение, сосредоточение мыслей, созерцание) — древнеиндийская религиозно-философская система личностного совершенствования человека, связанная с системой психофизической тренировки, направленной на изменение психики за счет предельно высоких степеней концентрации внимания. Древнейшие формы И. разрабатывались вначале в рамках ведийской религии, ритуал которой требовал от жрецов интенсивной концентрации внимания на определенных образах. Разработка соответствующих приемов привела к созданию классической системы «восьмичленной И » Тренировка ученика проходит при этом 8 этапов

- 1) контроль над поступками (не причинение насилия, правдивость, избегание воровства, целомудрие, нестяжательство),
- 2) самообуздание (чистота, удовлетворённость, аскетическая тренировка, повторение вслух священных текстов, почитание божества);
- 3) правильное положение тела (система из 84 «асан», или поз),
- 4) контроль дыхания (пранаяма) — совокупность приемов постепенного замедления ритма дыхания, с которым, по представлениям И , связан ритм всех психических процессов, прежде всего мышления',
- 5) удержание чувств — прекращение деятельности внешних чувств с целью создания наивысшей сосредоточенности;
- 6) концентрация внимания на одном (небольшом) внешнем объекте;
- 7) медитация — высшая степень концентрации внимания, состояние «растворения» в объекте,
- 8) трансовая медитация (самадхи) —сосредоточенность внимания, приводящая к утрате чувства Я.

Различают трансовые состояния двух типов: в первом случае ощущение объекта, как такового, еще не утрачивается; во втором случае активность субъекта замыкается сама на себя и всякое представление об объекте исчезает. Указанный путь психофизической тренировки получил название раджа-Й. Наряду с этим описываются более или менее упрощенные пути, культивирование эмоционального контакта с учителем (либо божеством) — бхакти-Й.; совершение ритуальных действий — карма-Й. и др. Тренировка по системе И. призвана вызвать глубокие изменения в психике человека. Сюда относится способность йогов регулировать деятельность внутренних органов, легко переносить крайние степени жары и холода, долгое время обходиться без пищи и воздуха и т д. Вместе с тем в тексты И. вошел ряд мифологизированных представлений, затрудняющих понимание системы в целом. Рациональный момент И. заключается в выделении и использовании многовекового опыта тренировки психических функций, что, однако, соединяется с мистическими и иррациональными представлениями о природе человеческой психики.

КАБАНИС Пьер (1757-1808) — французский врач. В русле материалистического направления в психологии выдвинул положение о трех уровнях организации поведения: рефлексорном, полусознательном и сознательном, каждый из которых имеет свой «жизнелогический субстрат» Чувствительность, согласно К, является детерминантой двигательной активности тела У человека она преобразуется в мысль, которая является продуктом мозга и получает внешнее выражение в языке мимики и жестов или в знаках устной речи и письма. Впоследствии противники материализма приписали К мнение, будто мозг выделяет мысль, как печень — желчь

КАВЕЛИН Константин Дмитриевич (1828-1885) — русский правовед и философ. Выступил с концепцией, соединившей интроспективную трактовку сознания (см. Интроспекция) с положением о том, что позитивное исследование сознания должно вестись не на почве физиологии, а путем анализа его воплощений в творениях культуры ("Задачи психологии", 1872) Концентрированным выражением сущности психического считал произвольность и потому неподвластность его проявлений естественнанаучному объяснению и принципу детерминизма. Телесные действия человека подпадают под законы материального мира после того, как сформированы волей. Сознание противостоит материи и по своей сущности, и по познаваемости, но его изучение должно вестись эмпирическими методами Выступление К. по проблемам психологии вызвало в русском обществе бурную дискуссию о путях объяснения психических явлений, в которую были вовлечены не только специалисты ученые, но и широкие круги интеллигенции. Поскольку К. отвергал рефлексорный принцип в исследовании сознания и воли и отстаивал субъективный метод, с критикой в его адрес выступил И. М. Сеченов, обосновавший свою программу разработки психологии как позитивной науки.

КАНДИНСКИЙ Виктор Хрисанфович (1849-1889) — русский психиатр. Выделил и описал особый вид патологии психики — псевдогаллюцинации, которые в отличие от истинных галлюцинаций переживаются как субъективные явления, не вызывая у больного ощущения объективной реальности воспринимаемых образов К одним из первых в отечественной психиатрии обосновал понятие «психопатия».

КАТАЛЕПСИЯ (от греч. *katalepsis* — схватывание, припадок) — сноподобное состояние, характеризующееся понижением чувствительности к внешним и внутренним стимулам, «восковой гибкостью», проявляющейся в непроизвольном, без усилий сохранении позы К может возникать в гипнотическом сне (см. Гипноз), а также при некоторых психических заболеваниях (шизофрения, истерия и др.).

КАТАРСИС (от греч. *katharsis* — очищение) — связанные с получением удовольствия, процесс и результат очищающего и облагораживающего воздействия на человека различных факторов, вызывающих соответствующие переживания и аффекты. Традиционно понятие К. трактуется как категория древнегреческой философии и эстетики, обозначающая сущность и эффект эстетического переживания, связанного с «очищением души» («очищением от аффектов») Иногда понятие К. квалифицируется как категория психологии искусства. Использовалось в философии Пифагора, Гераклита, Платона, Аристотеля и др., обращавших внимание на катартическое («очищающее») действие музыки (Пифагор), сценической трагедии (Аристотель) и т. д.

В новейшее время понятие К. получило распространение в психологии и психотерапии. В решающей мере это было обусловлено использованием его в теории и психотерапевтической практике И. Брейера и З. Фрейда (см. Фрейдизм) и Достижение ими реального очищения психики от патогенной информации и облегчения страданий пациентов

КАТЕГОРИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ (в психологии) (от греч. *kathegona* — высказывание, признак) — способ изучения развития психологического познания как

деятельности (М. Г. Ярошевский), элементами которой выступают конкретно-научные категории, воспроизводящие различные стороны психической реальности, образ, действие, мотив и др. (базисные категории), сознание, деятельность, личность и др. (метапсихологические категории). В психологическом познании различают два уровня: эмпирико-теоретический и категориальный. В сознании ученых, имеющих дело с фактами, гипотезами, концепциями и т. д., представлен первый уровень. Что же касается направляющего это сознание категориального аппарата, то его роль может быть раскрыта только путем специального К а. как особой разновидности историко-теоретического исследования. Применение К. а. позволило, в частности, понять предметно-логические факторы превращения психологии в самостоятельную науку, отличную от философии и физиологии (это было обусловлено возникновением ее собственной научно-категориальной структуры). К а. различных научных школ (см. Школа научная) раскрывает зависимость их возвышения и упадка помимо других факторов и от запросов логики развития психологического познания (так, появление бихевиоризма было связано с введением в категорию психического действия таких признаков, как объективная наблюдаемость в системе связи организма со средой, а распад этой школы — с трактовкой категории психического образа в духе прежнего интроспекционизма) Будучи формой самопознания науки, К а. служит изучению закономерностей ее развития в целях эффективной организации новых исследований (см. Теоретическая психология)

КАТЕГОРИАЛЬНЫЙ СТРОЙ ПСИХОЛОГИИ — предельно общая, глубинная, исторически развивающаяся познавательная структура, отображающая психическую реальность в ее целостности и специфических, только ей присущих характеристиках. К. с. п. обуславливает построение конкретных теорий и эмпирического знания. Для выявления компонентов К с. п, уровня их развития и форм взаимосвязи необходим специальный категориальный анализ. К. с. п. складывается под воздействием социальной практики, в том числе практики научных исследований.

КАТЕГОРИЗАЦИЯ — психический процесс отнесения единичного объекта, события, переживания к некоторому классу, в качестве которого могут выступать вербальные и невербальные значения, символы, сенсорные (см. Сенсорная система) и перцептивные (см. Перцепция) эталоны, социальные стереотипы, стереотипы поведения и т. п. Процесс К непосредственно включен в процессы восприятия, мышления, воображения, объект которых воспринимается и мыслится не как единичность, непосредственная данность, а как представитель некоторого обобщенного класса, причем на этот объект переносятся особенности и характерные признаки данного класса явления. Содержание понятия К в когнитивной психологии соответствует положению об опосредствовании психических процессов социально выработанными эталонами — обобщениями, несущими в себе совокупный общественный опыт. Носителями этого опыта являются, прежде всего, семантические структуры естественного языка (вербальные значения); формой фиксации опыта могут выступать и символы, выразительные движения, ритуалы, а также формулы, схемы, чертежи и т. п. В индивидуальном опыте К. выступает формой его упорядочивания через присвоение и трансформирование субъектом категорий и эталонов общественного сознания, ее дифференциально-психологические аспекты характеризуют специфику отражения мира субъектом. Являясь средством осознания мира, категориальные структуры индивидуального сознания, как таковые, могут и не осознаваться субъектом. Формы К. имеют сложную иерархическую организацию, построение и функционирование которой изучают генетическая (см. Эпистемология генетическая) и общая психология.

КАТЕКСИС (от англ. неологизма cathexis — количество энергии) — в психоанализе, энергетический заряд, своеобразный квантум

психосексуальной энергии, аналогичный, подобный или тождественный электрическому заряду.

Считается, что либидо (энергия сексуального влечения) состоит из определенной совокупности К, которая в зависимости от различных факторов может увеличиваться (гиперкатексис), уменьшаться (гипокатексис), присоединяться к объектам (объект-катексис), отсоединяться от объектов (отвод катексиса), взаимодействовать с различными элементами и структурами психики и личности (ид-катексис, эго-катексис и т. д), репрезентировать представления и объекты в психических структурах и перемещаться от одной структуры к другой. Согласно этим представлениям, в психике функционируют положительно и отрицательно заряженные К, взаимодействие которых предполагает существование контркатексиса и антикатексиса, обеспечивающих противоборство К и подавление его.

КАУЗАЛЬНАЯ СХЕМА — (от лат. *causa* — причина) — понятие, используемое в социальной психологии для обозначения: а) принципов анализа причинности в сфере социального восприятия (см. Перцепция социальная)', б) устойчивых представлений о конкретных причинных связях. Это понятие приобрело широкое распространение в связи с развитием исследований каузальной атрибуции (см. Атрибуция каузальная). Основными составляющими К с, согласно наиболее распространенной в западной социальной психологии теории Дж. Келли (1972), являются три принципа: 1) принцип обесценивания — восприятие роли данной причины в обусловливании события как меньшей вследствие наличия других причин, потенциально способствующих его наступлению, 2) принцип усиления — восприятие роли данной причины в обусловливании события как большей в результате наличия препятствующих его наступлению факторов, 3) принцип систематического искажения причинных суждений о людях — систематическое отклонение причинных объяснений поведения людей от правил формальной логики. Основным направлением этих искажений является переоценка субъективной обусловленности поведения и недооценка его объективной обусловленности. Общие принципы К с рассматриваются как наиболее общие и устойчивые закономерности функционирования более конкретных схем каузальности. Более частные К. с, представляющие собой устойчивые представления о конкретной обусловленности явлений, различаются по уровню сложности, обобщенности и последовательности включения в анализ. Основными факторами, определяющими уровень К с, используемых в анализе причинности на уровне «житейской психологии», являются степень сложности воспринимаемых объектов и их соответствие ожиданиям индивида.

КАУЗОМЕТРИЯ (от лат. *causa* — причина и греч. *metreo* — измеряю) — метод исследования субъективной картины жизненного пути и психологического времени личности, предложенный Е. И Головахой и А. А. Кроником (1982). К относится к числу биографических методов; направлена на описание не только прошедших, но и предполагаемых будущих этапов жизненного пути. Проводится в форме интервью, которое состоит из шести основных процедур: биографическая разминка, формирование списка значимых событий, их датировка, причинный анализ межсобытийных отношений, целевой анализ, обозначение сфер принадлежности событий. Используются также дополнительные процедуры: оценка эмоциональной привлекательности событий, их удаленность в прошлое и будущее, значимость «для себя» и «для других людей», локализация личного временного центра. Результаты интервью изображаются в виде каузограммы — графика событий и межсобытийных связей, который дает наглядное представление о мотивационном статусе событий, их локализации в календарном и психологическом времени, стартовой или финишной роли в жизни опрашиваемого, о структуре взаимосвязей событий друг с другом. К. позволяет сделать выводы о возможных деформациях картины жизненного

пути, о масштабности, осмысленности и реализованности замыслов человека, об особенностях его стиля жизни и удовлетворенности своим прошлым, настоящим, будущим. Применима для исследования индивидуального и совместного жизненного пути, для анализа и коррекции жизненных сценариев в психотерапии, для проектирования жизненных перспектив в профориентационных, семейных, психогигиенических консультациях.

КЁЛЕР Вольфганг (1887-1967) — немецко-американский психолог, один из лидеров гештальт-психологии. Экспериментально доказал в опытах над животными («Исследование интеллекта человекообразных обезьян», 1917) роль инсайта как принципа организации поведения. По К, при успешном решении интеллектуальной задачи происходит видение ситуации в целом и ее преобразование в гештальт, в силу чего изменяется характер приспособительных реакций. Исследования К. расширили рамки представлений о природе навыков и новых форм поведения человека и животных. К. занимался изучением феномена транспозиции, в основе которой лежат реакции организма не на отдельные, разрозненные раздражители, а на их соотношение. Он считал, что психологическое знание следует строить по образцу физического, поскольку процессы в сознании и организме как материальной системе находятся во взаимно однозначном соответствии (изоморфизм). Руководствуясь этой идеей, распространил понятие о гештальте на головной мозг. Это побудило последователей К постулировать наличие в мозгу электрических полей, служащих коррелятом психических гештальтов при восприятии внешних объектов.

КЕЛЛИ Джордж Александер (1905-1966) — американский психолог. Автор концепции «личностных конструкторов», согласно которой организация психических процессов личности определяется тем, как она предвосхищает («конструирует») будущие события («Психология личностных конструкторов», 1955). Человек трактовался К как исследователь, постоянно строящий свой образ реальности посредством индивидуальной системы категориальных шкал — личностных конструкторов — и выдвигающий, исходя из этого образа, гипотезы о будущих событиях. Неподтверждение этих гипотез ведет к большей или меньшей перестройке системы конструкторов, позволяющей повысить адекватность последующих предсказаний. К разработал методический принцип «репертуарных решеток», с помощью которого были созданы методики диагностики особенностей индивидуального конструирования реальности, нашедшие применение в разных областях психологии.

КЕННОН Уолтер (1871-1945) — американский физиолог. Изучая влияние аффектов на работу внутренних органов, открыл физиологические механизмы эмоционального поведения («Телесные изменения при боли, голоде, страхе и гневе», 1915), показав роль симпатической нервной системы, органов внутренней секреции (надпочечников) и таламуса (см. Мозг). Тем самым была опровергнута «периферическая» концепция эмоций Джеймса — Ланге (см. Джеймса — Ланге теория эмоций), согласно которой изменения в мышцах и сосудах первичны, а испытываемые в результате этих изменений аффекты — вторичны. Телесные процессы при эмоциях, по К., биологически целесообразны, поскольку служат преднастройке всего организма к ситуации, когда от нее потребуются повышенная трата энергетических ресурсов. Им было установлено, что при эмоциональном возбуждении (имеющем внешние признаки) внутри организма происходят выбросы адреналина (К. называл его гормоном «борьбы и бегства»), оказывающего воздействие на процесс мобилизации внутренних органов с целью эффективного действия (борьбы или отказа от нее) в условиях, угрожающих существованию. Эмоции, по его мнению, сопряжены с вегетативной бурей, компонентами которой являются: усиление сердечной деятельности; торможение перистальтики и секреции

пищеварительных желез; расширение зрачков; возрастание количества сахара в крови и др. В дальнейшем К. соотнес эмоции с общим принципом жизнедеятельности организма, каковым является гомеостаз («Мудрость тела», 1932).

КЕТТЕЛ Джеймс Маккин (1860-1944) — американский психолог. Провел классическое исследование объема внимания, обнаружив феномен антиципации при тахистоскопическом предъявлении объекта. Выступил зачинателем и одним из лидеров тестологического движения, разработав систему тестов, направленных на изучение широкого круга психических функций (сенсорных, моторных, интеллектуальных и др.).

КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ — математическая процедура многомерного анализа, позволяющая на основе множества показателей, характеризующих ряд объектов (например, испытуемых), сгруппировать их в классы (кластеры) таким образом, чтобы объекты, входящие в один класс, были более однородными, сходными по сравнению с объектами, входящими в другие классы. На основе численно выраженных параметров объектов вычисляются расстояния между ними, которые могут выражаться как в евклидовой метрике (наиболее употребимой), так и в других метриках. Метод К. а. нашел широкое применение в психолингвистике.

КЛИМАТ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ (от греч. klima (klimatos) — наклон) — качественная сторона межличностных отношений, проявляющаяся в виде совокупности психологических условий, способствующих или препятствующих продуктивной совместной деятельности и всестороннему развитию личности в группе. Важнейшие признаки благоприятного К. с.-п.: доверие и высокая требовательность членов группы друг к другу; доброжелательная и деловая критика; свободное выражение собственного мнения при обсуждении вопросов, касающихся всего коллектива; отсутствие давления руководителей на подчиненных и признание за ними права принимать значимые для группы решения; достаточная информированность членов коллектива о его задачах и состоянии дел при их выполнении, удовлетворенность принадлежностью к коллективу; высокая степень эмоциональной включенности и взаимопомощи в ситуациях, вызывающих состояние фрустрации у кого-либо из членов коллектива; принятие на себя ответственности за состояние дел в группе каждым из ее членов и пр. Таким образом, характер К. с.-п. в целом зависит от уровня группового развития. Установлено, что между состоянием К. с.-п. развитого коллектива и эффективностью совместной деятельности его членов существует положительная связь. Оптимальное управление деятельностью и К. с.-п. в любом (в том числе трудовом) коллективе требует специальных знаний и умений от руководства. В качестве специальных мер применяются: научно обоснованный подбор, обучение и периодическая аттестация руководящих кадров; комплектование первичных коллективов с учетом фактора психологической совместимости; применение социально-психологических методов, способствующих выработке у членов коллектива навыков эффективного взаимопонимания и взаимодействия (см. Тренинг социально-психологический; Игра деловая). К. с.-п. зависит от стиля руководства и организационной культуры. В своей деятельности по оптимизации К. с.-п. руководителю следует опираться на наиболее активных, сознательных, авторитетных членов коллектива. Синонимы понятия К. с.-п. — морально-психологический климат, психологический климат, психологическая атмосфера коллектива.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (от греч. klinike — врачевание, kline — постель, ложе) — область медицинской психологии, изучающая психические факторы происхождения и течения болезней, влияние болезней на личность, психологические аспекты целебных воздействий. Цель и задачи К. п.

определяются практическими потребностями клиники — психиатрической, неврологической, соматической. Соответственно с этим К. п. включает в себя разделы: патопсихологию, нейропсихологию, соматопсихологию (см. Психосоматика) В круг проблем соматопсихологии входит изучение личности, психологических вопросов диагностики, лечения, экспертизы больных различными заболеваниями, не относящимися к неврологическим и психическим. Особое значение в соматопсихологии имеет исследование больных с психосоматическими расстройствами — внутренними заболеваниями (например, гипертоническая болезнь, хроническая коронарная недостаточность, бронхиальная астма и др.), в происхождении и течении которых ведущее место занимают психические факторы. Разделение К. п. на пато-, нейро-и соматопсихологию весьма условно и отражает традиционную медицинскую классификацию болезней. Области К. п. сближаются благодаря задачам исследования, применяемым методам, а также в

связи с наличием пограничной патологии, являющейся предметом изучения нескольких разделов К. п. Теоретическое и прикладное значение К. п. раскрывается в решении вопросов совершенствования диагностической и экспертной работы, психологического потенцирования лечебных мероприятий, изучения взаимоотношений больных, организации работы персонала лечебных учреждений и оптимизации лечебной среды клиник, разработки специальных психологических методов, повышающих результативность и длительность эффекта лечения, коррекцию изменений в личности больных, возникающих в ходе заболевания. В зарубежной, в частности, американской, психологии, объем К. п. соответствует содержанию понятия «медицинская психология».

КЛЮЧЕВЫЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ — биологически значимые для животных объекты живой и неживой природы (см. Инстинктивное поведение животных). **КОГНИТИВНАЯ КАРТА** — (от лат. *cognitio* — знание, познание) — образ знакомого пространственного окружения. К. к. создаются и видоизменяются в результате активного взаимодействия субъекта с окружающим миром. При этом могут формироваться К. к. различной степени общности, «масштаба» и организации (например, карта-обозрение или карта-путь в зависимости от полноты представленности пространственных отношений и присутствия выраженной точки отсчета).

КОГНИТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ — одно из ведущих направлений современной психологии. К. п. возникла в конце 50 — начале 60-х гг. XX в. как реакция на характерное для господствующего в США бихевиоризма отрицание роли внутренней организации психических процессов. Первоначально главной задачей К. п. являлось изучение преобразований сенсорной информации от момента попадания стимула на рецепторные поверхности до получения ответа (Д. Бродбент, С. Стернберг) При этом исследователи исходили из аналогии между процессами переработки информации у человека и в вычислительном устройстве. Были выделены многочисленные структурные составляющие (блоки) познавательных и исполнительных процессов, в том числе кратковременная память и долговременная память (Дж. Сперлинг, Р. Аткинсон). Эта линия исследований, столкнувшись с серьезными трудностями в связи с увеличением числа структурных моделей частных психических процессов, привела к пониманию К. п. как направления, задачей которого является доказательство решающей роли знания в поведении субъекта (У. Найссер). При таком более широком подходе К. п. включает все направления, критикующие бихевиоризм и психоанализ с интеллектуалистических или менталистских позиций (Ж. Пиаже, Дж. Брунер, Дж. Фодор). Центральным становится вопрос об организации знания в памяти субъекта, в том числе о соотношении вербальных и образных компонентов в процессах запоминания и мышления (Г. Бауэр, А. Пайвио, Р. Шепард) Интенсивно разрабатываются также когнитивные теории эмоций (С. Шехтер), индивидуальных различий (Л.

Айзенк) и личности (Дж Келли, М. Махони) Как попытка преодоления кризиса бихевиоризма, гештальт-психологии и других направлений К. п. не оправдала возлагавшихся на нее надежд, поскольку ее представителям не удалось объединить разрозненные линии исследований на единой концептуальной основе.

КОГНИТИВНАЯ СЛОЖНОСТЬ — психологическая характеристика познавательной (когнитивной) сферы человека. К. с. отражает степень категориальной расчлененности (дифференцированности) сознания индивида, которая способствует избирательной сортировке впечатлений о действительности, опосредствующей его деятельность (см. Категоризация). К. с. определяется количеством оснований, классификации, которыми сознательно или неосознанно пользуется субъект при дифференциации объектов какой-либо содержательной области. Сознание человека неоднородно и в различных содержательных областях может характеризоваться различной К. с. (на- пример, высокой К. с. в области спорта и низкой — в сфере межличностного восприятия). Операциональным критерием К. с. может выступать размерность (число независимых факторов) субъективного семантического пространства.

КОГНИТИВНОГО СООТВЕТСТВИЯ ТЕОРИИ — класс теорий, разработанных в рамках когнитивистского направления западной социальной психологии в 50-е гг. XX в. (см. Когнитивная психология) И имеющих целью дать объяснение соотношения логичного и алогичного в поведении человека. Основная идея всех К. с. т состоит в том, что когнитивная структура человека не может быть несбалансированной, дисгармоничной, если же это имеет место, то немедленно возникает тенденция изменить это состояние и вновь восстановить внутреннее соответствие когнитивной системы Эта идея по-разному представлена в различных К. с. т. В теории структурного баланса Ф Хайдера, базирующейся на идее соответствия и идее атрибуции (см. Атрибуция каузальная) рассматривается состояние сбалансированности когнитивной структуры человека в ситуации восприятия им другого человека (см Восприятие межличностное) и построения двух рядов отношений к этому человеку и к объекту, общему для двух партнеров по общению. В теории коммуникативных актов Т. Ньюкома проводится мысль о том, что средством преодоления дискомфорта, вызванного несоответствием между отношением к другому человеку и его отношением к общему для них объекту, является развитие коммуникации между партнерами, в ходе которой позиция одного из них изменяется и тем самым восстанавливается соответствие. Основной тезис теории конгруэнтности Ч. Остуда и П Танненбаума заключается в том, что для достижения соответствия в когнитивной структуре воспринимающего субъекта он одновременно изменяет свое отношение и к другому человеку, и к тому объекту, который они оба оценивают. Так, если субъект позитивно относится к другому, но негативно — к оцениваемому ими объекту, то в случае позитивного отношения второго субъекта к объекту первый субъект, уменьшая «негативность» своего отношения к этому объекту, уменьшает вместе с тем и «позитивность» своего отношения ко второму субъекту. Здесь соответствие (конгруэнтность) восстанавливается за счет одновременного изменения этих двух рядов отношений и в определенных случаях — за счет изменения знака отношения. Особое место среди К. с. т. занимает теория когнитивного диссонанса Л Фестингера, поскольку в ней рассматривается не ситуация возникновения несоответствия при восприятии другого человека, а наличие несоответствия в структуре одного человека между двумя противоречивыми «знаниями» (мнениями, понятиями, убеждениями. — «когнициями») о каком-либо объекте. Такое состояние называется диссонансом и субъективно переживается также как дискомфорт, от которого человек стремится избавиться либо изменением одного из противоречащих когнитивных элементов, либо избирательным отношением к поступающей информации

(воспринимая лишь ту, которая уменьшает диссонанс, отвергая увеличивающую его) В теории рассматривается и такси особый случай, как несоответствие между знанием и поведением, и тогда средством выхода из ситуации диссонанса может быть также изменение поведения В отличие от конфликта диссонанс возникает у человека не до, а после принятия решения. Именно в этом случае возникает особый способ оправдания выбора: наделение позитивными чертами принятой стороны альтернативы и негативными чертами — отвергнутого варианта В ряде исследований показана ограниченность теории когнитивного диссонанса, обусловленная как различием индивидуальных психологических характеристик разных людей, так и спецификой различных культур. К. с. т. страдают рядом общих методологических просчетов: неточность в определении исходных понятий («соответствие», «несоответствие»), абсолютизация потребности в соответствии, что исключает мотивацию к поиску нового, отказ от учета реальных противоречий общественной среды как источника «когнитивных несоответствий». Однако накопленный в К. с. т. богатый эмпирический материал широко используется в современных концепциях психологии социального познания, раскрывающих реальные характеристики познания социального мира человеком, руководствующимся не требованиями логики, а нормами так называемой «психологики», включающей в процесс познания не только эмоции и пристрастность, но и весьма специфические «эвристики», свойственные именно обыденному познанию.

КОГНИТИВНЫЙ СТИЛЬ (от греч. *stylos* — букв, стержень для письма) — 1) относительно устойчивые индивидуальные особенности познавательных процессов субъекта, которые выражаются в используемых им познавательных стратегиях; 2) совокупность частных познавательных установок или видов контроля, устанавливаемых набором специально подобранных тестов. В качестве показателей индивидуальных различий в познавательной деятельности могут рассматриваться и другие виды К. с. (например, когнитивная сложность). Акцентируя внимание исключительно на формальном аспекте индивидуальных различий в познавательной деятельности, зарубежные концепции игнорируют содержание мотивов, ценностных ориентации личности, по существу порождающих и обуславливающих тот или иной К. с. (см. Когнитивная психология).

КОЖНО-ГАЛЬВАНИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ (КГР) — показатель электропроводимости кожи Он имеет физическую и тоническую формы. В первом случае КГР — один из компонентов ориентировочного рефлекса, возникающего в ответ на новый стимул и угасающего с его повторением. Тоническая форма КГР характеризует медленные изменения кожной проводимости, которые развиваются, например, при утомлении.

КОЛЛЕКТИВ (от лат. *collectif* — собирательный) — группа объединенных общими целями и задачами людей, достигшая в процессе социально ценной совместной деятельности высокого уровня развития (см. Уровень развития группы). В последние годы слово «К » часто заменяется словом «команда». В К. формируется особый тип межличностных отношений, характеризующихся высокой сплоченностью как ценностно-ориентационным единством (см. Сплоченность групповая), самоопределением личности (в противовес конформности — неконформности, проявляющихся в группах низкого уровня развития), коллективистской идентификацией, социально ценным характером мотивации межличностных выборов, высокой референтностью членов К по отношению друг к Другу, объективностью в возложении и принятии ответственности за результаты совместной деятельности (см. Деятельностного опосредствования межличностных отношений концепция). В К. проявляется ряд социально-психологических закономерностей, качественно отличающихся от закономерностей в других группах. Так, с увеличением К. не уменьшается вклад, вносимый его членами в общее дело,

не снижается уровень действенной групповой эмоциональной идентификации (см. Идентификация коллективистская), не ослабевает мотивация совместной деятельности, отсутствуют резкие противоречия между индивидуальными и групповыми интересами, имеется положительная связь между эффективностью совместной деятельности и благоприятным социально-психологическим климатом, создаются наилучшие возможности для процессов интеграции и персонализации. В случайных общностях вероятность оказания помощи пострадавшему уменьшается с увеличением числа очевидцев (Б. Латейн), а в К. указанный эффект отсутствует и т. д. Групповые процессы в К. иерархизированы и образуют многоуровневую (стратометрическую) структуру, ядром которой является совместная деятельность, обусловленная личностно и социально значимыми целями. Первый уровень (страта) структуры К. образуют отношения его членов к содержанию и ценностям коллективной деятельности, обеспечивающие его сплоченность как ценностно-ориентационное единство. Второй уровень — межличностные отношения, опосредствованные совместной деятельностью. Третий уровень — межличностные отношения, опосредствованные ценностными ориентациями, не связанными с совместной деятельностью. Закономерности, действующие на третьем уровне структуры К, не проявляют себя на втором, и наоборот, и поэтому оценки, относящиеся, например, к фактам, экспериментально полученным в пределах третьего уровня, не могут быть перенесены на характеристику второго уровня и К в целом. Это ориентирует психолога, осуществляющего диагностику развитости К, на обращение к параметрам, выявляющим его сущностные, а не случайные (поверхностные) признаки (см. Группообразование).

КОЛЛЕКТИВ НАУЧНЫЙ— группа людей, сплоченных исследовательской программой (см. Программа исследовательская научного коллектива), реализация которой обеспечивается сложной функционально-ролевой структурой. В ней выделяются следующие роли: 1) научно-когнитивные («генератор», критик, эрудит и др.); 2) научно-управленческие (руководитель, лидер, исполнитель и др.), 3) научно-вспомогательные (инженер, техник, лаборант и др.). Отличие К н. от других типов коллективов, его своеобразие, обусловлено целевой функцией социального института науки в общественном разделении труда. Анализ выполняемой коллективом совместной исследовательской программы выявил, в частности, позитивную корреляцию между групповой сплоченностью как «программно-ценностным единством» (см. Сплоченность групповая) и когнитивными конфликтами (в случае, когда они носят характер продуктивных научных дискуссий, спонтанно возникающих по ходу реализации программы). Установлена также позитивная корреляция между так называемым либеральным стилем руководства (см. Стили управленческой деятельности) малой научной группой и эффективностью групповой активности, включающей как ее научную продуктивность, так удовлетворенность трудом и членством в группе.

КОЛЛЕКТИВНОЕ БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ — понятие аналитической психологии К Юнга, обозначающее совокупность наследуемых людьми универсальных неосознаваемых психических структур, механизмов, архетипов, инстинктов, импульсов, образов и т. д., передаваемых от поколения к поколению как субстрат психического бытия, включающий в себя психический опыт предшествующих поколений. Согласно К Юнгу, основное содержание К б. составляют инстинкты и архетипы (см. Бессознательное).

«КОЛЛЕКТИВНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ» — термин, предложенный французским социологом Э Дюркгеймом для обозначения компонентов системы знаний, мнений, норм поведения, сложившихся в социальном опыте. Термин «К. п.» использовался Э. Дюркгеймом и его последователями для объяснения социального происхождения человеческой психики, которое, однако, получило у них дуалистическую интерпретацию, социальное в

структуре сознания противопоставлялось индивидуальному

КОЛЛЕКТИВООБРАЗОВАНИЕ (от лат. *collectivus* — собирательный) — стадия группообразования, означающая переход группы, в процессе совместной социально ценной деятельности от низкого к более высокому уровню развития и в конечном итоге к коллективу

Процессы К. при этом сопровождаются рядом социально-психологических феноменов, повышением сплоченности и единства коллектива (см **Сплоченность групповая**; **Ценностно-ориентационное единство**; **Предметно-ценностное единство**), формированием коллективистских норм поведения и взаимоотношений, проявлением коллективистской идентификации и одновременно коллективистского самоопределения и т.п.)

Процессы К. можно наблюдать в учебных группах, где используются коллективообразующие формы обучения (например, в группах социально-психологического тренинга) Эти формы обучения опираются на особые коллективообразующие эффекты, вызывающие активизирующее влияние группы на своих членов (см. **Фасилитация социальная**), что стимулирует развитие коллективистских качеств у членов группы

Исследования показали, что причина активизирующего влияния группы на своих членов в условиях совместной коллективообразующей деятельности заключается в «движении мотива» (как предметно направленной активности определенной силы) от одного субъекта к другому

В процессах взаимодействия или общения один субъект как бы «транслирует» свою активность другому, возбуждая его встречную активность, при этом второй может преобразовать смысловой и (или) эмоционально-оценочный аспект воспринятого мотива и «транслировать» его третьему субъекту (или возвратить первому, если это диалог)

Идея движения мотива в совместно действующей группе позволяет понять механизм усвоения индивидом социокультурного опыта, т.е. механизм интериоризации — экстериоризации. Если при обучении созданы условия для движения мотива, то К и усвоение социального опыта идут максимально эффективно

КОМИЧЕСКОЕ (в психологии) (от *komikos* — веселый, смешной) — побуждение к смеху обусловленное нарочитым несоответствием между сущим и должным

Смех как эмоциональная (см **Эмоции**) реакция индивида на воздействие комических стимулов позволяет в символической форме (см **Символ**) преодолеть напряжение, вызванное видимым несоответствием между образом и оригиналом, исполнением и образцом, кажущимся и действительным

Смешное гармонизирует отношение человека к миру, позволяя ему изжить такие эмоции, как гнев, недоумение, скука, страх

КОММУНИКАЦИЯ — (от лат. *communico* — делаю общим, связываю, общаюсь) — смысловой аспект социального взаимодействия. Поскольку всякое индивидуальное действие осуществляется в условиях прямых или косвенных отношений с другими людьми, оно включает (наряду с физическим) коммуникативный аспект

Действия, сознательно ориентированные на смысловое их восприятие другими людьми, иногда называют коммуникативными действиями

Различают процесс К. и составляющие его акты

Основные функции коммуникационного процесса состоят в достижении социальной общности при сохранении индивидуальности каждого ее элемента

В отдельных актах К реализуются управленческая, информативная И статическая (связанная с установлением контактов) функции, первая из которых является генетически и структурно исходной

По соотношению этих функций условно выделяются сообщения побудительные (убеждение, внушение, приказ, просьба), информативные (передача реальных или вымышленных сведений), экспрессивные (возбуждение эмоционального переживания), фатические (установление и поддержание контакта)

Кроме того, коммуникационные процессы и акты можно классифицировать и по другим основаниям. Так, по типу отношений между участниками

различаются: межличностная, публичная, массовая К.; по средствам К.: речевая (письменная и устная), паралингвистическая (жест, мимика, мелодия), вещественно-знаковая К. (продукты производства, изобразительного искусства и т. д.).

КОММУНИКАЦИЯ МАССОВАЯ — систематическое распространение (с помощью технических средств) специально подготовленных сообщений среди численно больших, анонимных, рассредоточенных аудиторий. К. м. представляет собой важный социальный и политический институт, подсистему общей системы коммуникации. В широких масштабах выполняет взаимосвязанные функции идеологического и политического влияния, поддержания социальной общности, информирования, просвещения и развлечения, конкретные формы и содержание которых решающим образом зависят от особенностей национальной культуры и политического режима К м свойственны институционный характер источников и отсроченность обратной связи между источником И аудиторией. Комплексы технических средств, обеспечивающих быструю передачу и массовое тиражирование словесной, образной, музыкальной информации (печать, радио, ТВ, кино, звукозапись, видеозапись и т. д.), называются средствами М. к., или средствами массовой информации.

КОММУНИКАЦИЯ У ЖИВОТНЫХ — передача информации от одной особи к другой («язык животных»). К. у ж. (в отличие от человека) — закрытая врожденная система сигналов (звуков, выразительных поз и телодвижений, запахов), посылаемых одним животным и адекватно воспринимаемых другим. По своему происхождению и механизму действий (зоопрагматика) способы К. у ж. различаются по каналам передачи информации (оптические, химические, акустические, тактильные и др.) и степени ритуализации. Ритуализованные компоненты поведения (см. Поведение животных) — видотипичные, генетически фиксированные сигналы (позы, телодвижения, звуки), выполняемые подчеркнуто демонстративно (иногда в форме «диалога»), в определенной последовательности в виде «ритуалов» («церемоний») с четким информативным содержанием.

КОМПЕНСАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ (от лат. compensatio — уравнивание, уравнивание) — возмещение недоразвитых или нарушенных психических функций путем использования сохраненных или перестройки частично нарушенных функций.

КОМПЛЕКС (от лат. corn-plexus — связь, сочетание) — соединение отдельных психических процессов в целое, отличное от суммы своих элементов (см Системности принцип в психологии) В этом смысле понятие «К» употребляли многие психологи (см. Культурно-историческая теория). Специфическая интерпретация К. дана в психоанализе, где К понимается как группа психических процессов, объединенная единым аффектом, сформировавшаяся на основе глубинных филогенетических структур (см Филогенез) К в психоанализе — неосознаваемое образование, обуславливающее структуру и направленность сознания, одна из задач психотерапии понимается как доведение К до сознания пациента (см Комплекс неполноценности, Эдипов комплекс).

КОМПЛЕКС НЕПОЛНОЦЕННОСТИ — ведущий к невротическим отклонениям (см. Невроз) психопатологический синдром, который заключается в стойкой уверенности человека в собственной неполноценности как личности. К. н был открыт А. Адлером, изучавшим формы компенсации, складывающиеся у детей с дефектами органического развития. Имеющееся у них чувство неполноценности Адлер вначале рассматривал как следствие дефекта, затем как универсальную движущую силу развития личности, а еще позднее — как следствие фрустрации потребности в преодолении неблагоприятных обстоятельств. Неспособность компенсировать дефект или справиться с жизненной ситуацией и тем самым преодолеть чувство собственной

неполноценности влечет за собой перерастание последнего в К и
КОМПЛЕКС ОЖИВЛЕНИЯ — эмоционально-двигательная реакция младенца на появление взрослого К. о выражается в первоначальной фиксации взгляда, затем в двигательном оживлении ручками и ножками и тихих вокализациях. Особое значение для ребенка имеют верхняя часть лица и интонация голоса взрослого. К. о. возникает в конце первого — начале второго месяца жизни ребенка, когда он начинает выделять взрослого из окружающей обстановки. Благодаря К. о. устанавливается прочная связь ребенка со взрослым и удовлетворяется его потребность в общении. Отсутствие Ков младенчестве является диагностическим признаком задержки психического развития у ребенка.

КОНВЕРСИЯ (в психолингвистике) (от лат. *conversio* — изменение, превращение) — образование нового значения слова либо при переходе его в новую парадигму словоизменения (например, «печь» — в избе, «печь» — хлеб), либо при употреблении его в контексте, отличающемся от традиционного. К. бывает причиной возникновения смысловых барьеров при общении. Механизм К. используется как один из приемов построения юмористического высказывания.

КОНКУРЕНЦИЯ (от лат. *conscingo* — сбегаюсь, сталкиваюсь) — одна из основных форм организации социального и межличностного взаимодействия, характеризующаяся достижением индивидуальных или групповых целей, интересов в условиях противоборства с добивающимися этих же целей и интересов другими индивидами или группами. К. обычно отличается сильной персональной вовлеченностью в борьбу, активизацией субъекта действия, частичной деперсонализацией представлений о противнике. К. тем не менее генетически связана с кооперацией, поскольку конкурентное взаимодействие требует установления определенных правил и регулирующих санкций, без которых она вырождается в открытую войну.

КОНСТАНТНОСТЬ (в психологии) (от лат. *constans* (*constantis*) — постоянный) — относительная независимость воспринимаемых характеристик объектов (см. Восприятие) от параметров раздражения рецепторных поверхностей органов чувств. Так, К. видимой величины объектов выражается в том, что они воспринимаются примерно равными по величине при изменении удаленности от наблюдателя. Точно так же воспринимаемая форма объекта не меняется при изменении угла зрения, под которым он рассматривается наблюдателем», о видимый цвет поверхности относительно инвариантен по отношению к спектральному составу света, хотя он и меняет хроматические характеристики отражаемого этой поверхностью света.

КОНСТРУКТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЖИВОТНЫХ — манипулирование предметами, в результате которого животное (при помощи хватательных эффекторов) сооружает комплексный объект (гнезда некоторых улиток, рыб, лягушек и птиц; разнообразные жилища грызунов; хатки и дамбы бобров; спальные гнезда шимпанзе и др.) К. д. ж. в некоторых случаях является важной частью интеллектуального поведения животных (например, решение животным экспериментальной задачи при помощи орудия для доставания приманки, удлиняемого им путем вставления дополнительных сегментов) (см. Интеллект животных).

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ — раздел знания, содержащий систематическое описание процесса оказания психологической помощи (консультирования). К. л. исходит из представления о том, что с помощью специально организованного процесса общения у обратившегося за помощью могут быть актуализированы дополнительные психологические силы и способности, которые, в свою очередь, могут обеспечить отыскание новых возможностей выхода из трудной жизненной ситуации. Соответственно К. п. пытается ответить на пять основных вопросов: 1) в чем суть процесса, возникающего между человеком, оказавшимся в трудной ситуации и

обращающимся за помощью (клиентом), и человеком, ее оказывающим (консультантом); 2) каковы должны быть личностные черты (см. Черты личности), установки, знания и умения консультанта; 3) какие резервы, внутренние силы клиента могут быть актуализированы в процессе консультирования; 4) какие особенности налагает на процесс консультирования особая ситуация, сложившаяся в жизни клиента; 5) каковы те приемы или техника, которые могут быть сознательно использованы консультантом в процессе оказания помощи. К. п. базируется на социальном, клинической и дифференциальной психологии, психологии личности и тестологии. Выбор оснований для конкретной модели консультирования часто связан с более общей теоретической ориентацией — психоаналитической (см. Психоанализ), адлеровской, личностно-центрированной, бихевиоральной, когнитивной и т. д. К основным моделям или парадигмам консультирования относятся. 1) тренинг жизненных навыков, 2) тренинг человеческих взаимоотношений и коммуникативных навыков; 3) тренинг в решении проблем и принятии решений; 4) тренинг в поддержании здорового образа жизни, 5) ориентация и развитие способностей; 6) помощь в становлении самоидентичности и личностном развитии.

КОНТАМИНАЦИЯ (в психологии) (от лат. *contaminatio* — смешение) — ошибочное воспроизведение слов, заключающееся в объединении слогов, относящихся к разным словам, в одно слово (например, вместо слов «белок» и «виток» произносится «белток»). Подобные перестановки могут возникать не только внутри слов, но и при воспроизведении списков слов, когда слова из одного списка воспроизводятся в другом. К. способствует смысловая и фонетическая близость слов. В основании К. лежат явления проактивной и ретроактивной интерференции. В патологии К. наблюдается при различных нарушениях памяти (см. Амнезия) Семантическая организация материала, подлежащего запоминанию, как правило, препятствует появлению К.

КОНТЕКСТ (в психолингвистике) (от лат. *contextus* — тесная связь, соединение) — обладающая смысловой завершенностью устная или письменная речь, позволяющая выяснить смысл и значение отдельных входящих в ее состав фрагментов (слов, выражений или отрывков текста). Для отдельного высказывания, слова или словосочетания, входящих в состав целостного текста, К. являются другие (предшествующие или последующие) высказывания или весь текст в целом. Отсюда выражение: «понять по К.». Для целостного текста К. вступают все другие тексты, функционирующие в той же социальной сфере. Так, для отдельного научного текста К. является корпус других научных текстов по данной специальности, для художественного произведения — другие художественные тексты и т. д.

КОНТЕКСТНОЕ ОБУЧЕНИЕ — обучение, в котором динамически моделируется предметное и социальное содержание профессионального труда, тем самым обеспечиваются условия трансформации учебной деятельности студента в

профессиональную деятельность специалиста. Теория К. о. разработана в развитие деятельностного подхода к наследованию социального опыта (А. А. Вербицкий). Согласно этому подходу, усвоение социального опыта осуществляется в форме деятельности учения, однако остается открытым вопрос перехода от познавательной деятельности студента к профессиональной деятельности специалиста. Основное противоречие профессионального обучения и состоит в том, что овладение деятельностью специалиста должно быть обеспечено в рамках и средствами качественно иной — учебной деятельности. Это противоречие преодолевается в К. о., представляющем собой реализацию динамической модели движения деятельности студентов: от собственно учебной деятельности (в форме лекции, например) через квазипрофессиональную (игровые формы) и учебно-профессиональную (научно-исследовательская работа студентов,

производственная практика и др.) к собственно профессиональной деятельности.

КОНТРОЛЬ СОЦИАЛЬНЫЙ (от франц. *controle* — проверка) — система способов воздействия общества и социальных групп на личность с целью регуляции ее поведения и приведения его в соответствие с общепринятыми в данной общности нормами. К. с. служит решению двуединой задачи — достижению и поддержанию стабильности социальной системы, элементом которой является контролируемый индивид, и в то же время обеспечению позитивного развития этой социальной системы. Объектом внимания психологической науки в первую очередь является К. с., осуществляемый социальными группами. Воздействие К. с. в наибольшей степени испытывают на себе индивиды, чье поведение может быть охарактеризовано как отклоняющееся (см. *Отклоняющееся поведение*), т. е. не отвечающее групповым нормам. В зависимости от того, каковы интенсивность и «знак» этих отклонений, группа применяет те или иные санкции к своему члену. Характер этих санкций, адекватность их использования в той или иной ситуации, их дифференцированность во многом определяются уровнем социально-психологического развития данной конкретной группы (см. *Уровень группового развития*). Так, экспериментально показано, что в корпоративной группировке негативное санкционирование (наказание, принуждение и т. д.) существенно превалирует над позитивным (поощрение, одобрение и т. д.). При этом в таких группах нередко не принимаются во внимание мотивы поведенческих отклонений, ни даже их направленность. Любое нарушение групповых норм воспринимается общностью как угроза самому ее существованию и приводит к немедленному наказанию. К. с., осуществляемый группой высокого уровня развития, характеризуется гибкостью и дифференцированностью, что способствует формированию самоконтроля у членов коллектива и позволяет им успешно интегрироваться не только в самой этой группе, но и в целом социуме.

КОНФАБУЛЯЦИИ (от лат. *confabulo* — болтаю) — ложные воспоминания, наблюдавшиеся при нарушениях памяти. Содержанием К. могут быть возможные или действительно имевшие место события, которые в виде образных воспоминаний переносятся в более близкое время или вплетаются в настоящее, как бы восполняя пробел в памяти больных. Как правило, в К. представлены обыденные, чаще всего связанные с профессией больного события. Иногда в К. может проявиться продукция патологического воображения (фантастические К.). К. обычно сочетаются с расстройствами мышления, амнезиями и наблюдаются при локальных поражениях головного мозга, психозах.

КОНФЛИКТ (от лат. *conflictus* — столкновение) — столкновение разнонаправленных целей, интересов, позиций, мнений или взглядов субъектов взаимодействия, фиксируемых ими в жесткой форме. В основе любого К. лежит ситуация, включающая либо противоречивые позиции сторон по какому-либо поводу, либо противоположные цели или средства их достижения в данных обстоятельствах, либо несовпадение интересов, желаний, влечений оппонентов и т. п. Конфликтная ситуация, таким образом, содержит субъект возможного К. и его объект. Однако, чтобы К. начал развиваться, необходим инцидент, при котором одна из сторон начинает действовать, ущемляя интересы другой стороны. Если противоположная сторона отвечает тем же, К. из потенциального переходит в актуальный и далее может развиваться как прямой или опосредованный, конструктивный стабилизирующий или неконструктивный (см. *Конфликт продуктивный*; *Типы конфликтов в организации*). В качестве субъекта взаимодействия в К. может вступать как отдельное лицо (внутри-личностный К.), так и два или несколько лиц (межличностный К.). В зависимости от конфликтной ситуации выделяются межгрупповые К. (см. *Межгрупповая*

дискриминация), межорганизационные К. (см. Организационный К.), классовые К., межгосударственные К. В особую группу выделяются межнациональные К. (см. Межэтнические отношения). Конструктивным К может быть лишь тогда, когда оппоненты не выходят за рамки деловых аргументов и отношений. При этом могут наблюдаться различные стратегии поведения. Р. Блейк и Дж. Моутон выделяют: соперничество (противоборство), сопровождающееся открытой борьбой за свои интересы; сотрудничество, направленное на поиск решения, удовлетворяющего интересы всех сторон; компромисс-урегулирование разногласий через взаимные уступки; избегание, заключающееся в стремлении выйти из конфликтной ситуации, не решая ее, не уступая своего, но и не настаивая на своем; приспособление — тенденция сглаживать противоречия, поступаясь своими интересами. Обобщенное выражение этих стратегий поведения характеризуется как корпоративность и напористость. Развитие К обычно идет в следующей последовательности: а) постепенное усиление участников К за счет введения более активных сил, а также за счет накопления опыта борьбы; б) увеличение количества проблемных ситуаций и углубление первичной проблемной ситуации; в) повышение конфликтной активности участников, изменение характера К в сторону его ужесточения, вовлечения в К. новых лиц; г) нарастание эмоциональной напряженности, сопровождающей конфликтные взаимодействия, которая может оказать как мобилизующее, так и дезорганизирующее влияние на поведение участников К, д) изменение отношения к проблемной ситуации и К. в целом.

КОНФЛИКТ ПРОДУКТИВНЫЙ (КОНСТРУКТИВНЫЙ) — конфликт, позитивно влияющий на структуру, динамику и результативность социально-психологических процессов и служащий источником самоусовершенствования и саморазвития личности. Исследования Л. Козера, М. Дойча и др. показали, при определенных условиях межгрупповой конфликт может выполнять интегративную функцию, сплачивать членов группы, стимулировать эффективный выход из проблемной ситуации. В научных коллективах конфликты, обусловленные предметно-познавательной деятельностью их членов, создают интеллектуально-эмоциональную напряженность, которая сопутствует столкновению различных представлений и стратегий исследовательского поведения, что способствует поиску продуктивных решений проблем.

КОНФОРМНОСТЬ (от лат. *conformis* — подобный, сообразный) — податливость человека реальному или воображаемому давлению группы, проявляющаяся в изменении его поведения и установок в соответствии с первоначально не разделявшей им позицией большинства. Различают внешнюю (публичную) и внутреннюю (личную) К. Первая представляет собой демонстративное подчинение навязываемому мнению группы с целью заслужить одобрение и избежать порицания, а возможно, и более жестких санкций со стороны входящих в группу лиц, вторая — действительное преобразование индивидуальных установок в результате внутреннего принятия позиции окружающих, оцениваемой как более обоснованная и объективная, чем собственная точка зрения. Внутренняя К, как правило, сопровождается внешней, которая, напротив, отнюдь не всегда предполагает личностное согласие с поневоле соблюдаемыми групповыми нормами. При всех различиях обе формы К близки в том, что служат специфическим способом разрешения осознанного конфликта между личным и доминирующим в группе мнением в пользу последнего. Зависимость человека от группы вынуждает искать подлинного или мнимого согласия с ней, подстраивать свое поведение под кажущиеся чуждыми или непривычными эталоны. Особой разновидностью той же зависимости является негативизм (нонконформизм) — стремление во что бы то ни стало поступать вопреки позиции господствующего большинства, любой ценой и во всех

случаях утверждать противоположную точку зрения

КОНЦЕНТРАЦИЯ (от лат. *con* — с, *centrum* — центр, средоточие) — явление, обратное иррадиации, способность нервных процессов ограничивать сферу своего распространения исходным очагом возникновения. Согласно Ж. П. Павлову, К. является механизмом различения условных стимулов, специализации условно рефлекторных реакций.

КООПЕРАЦИЯ (от лат. *cooperato* — сотрудничество) — одна из основных форм организации межличностного взаимодействия, характеризующаяся объединением усилий участников для достижения совместной цели при одновременном разделении между ними функций, ролей и обязанностей. Р. Нисбет среди основных типов К. выделял: 1) автоматическую К, существующую на инстинктивно-биологическом уровне, связанную со стайной организацией, борьбой за выживание и обеспечение безопасности потомства, сексуальным поведением и т. п., 2) традиционную К, направляемую традициями поколений, ритуалами, исторически сложившимися социальными нормами; 3) спонтанную К, базирующуюся на отношениях дружелюбия, симпатии, любви и определяемую ситуативными условиями (К в игровых, приятельских, семейных группах}, 3) директивную К, характерную для военных организаций, некоторых форм предпринимательства и др. , где определяющим условием существования группы является отсутствие добровольности участия, 5) контрактные формы К., где индивидуальные интересы участников объединяются на основе формальных или неформальных соглашений между ними Включение в кооперативное взаимодействие стимулирует развитие аттракции между членами группы, способствует оказанию взаимопомощи, усиливает взаимозависимость участников Однако, поскольку К. является лишь формой взаимодействия, основное психологическое содержание отношений участников определяется, главным образом, характером деятельности, в рамках которой развивается К

КОРНИЛОВ Константин Николаевич (1879-1957) — российский психолог, ученик и сотрудник Г. И. Челпанова, под руководством которого в дореволюционный период провел важные экспериментальные исследования реакций у человека. Разработал концепцию реактологии (1921 г.), которую в качестве марксистской психологии противопоставлял, с одной стороны, рефлексологии, а с другой — «идеалистической эмпирической психологии». С 1923 по 1931 г. — директор Психологического института в Москве, где пытался построить марксистскую систему психологии. В 1931 г. в результате так называемой «реактологической дискуссии» К. отошел от руководства психологической наукой. Впоследствии изучал проблемы воли и характера, участвовал в создании основных учебников по психологии для вузов.

КОРПОРАЦИЯ (от лат. *corporatio* — объединение, сообщество) — организованная группа, характеризующаяся замкнутостью, максимальной централизацией и авторитарностью руководства, противопоставляющая себя другим социальным общностям на основе своих узко индивидуалистических интересов. Межличностные отношения в К опосредствуются асоциальными, а зачастую антисоциальными ценностными ориентациями, Персонализация индивида в К осуществляется за счет деперсонализации других индивидов.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ (в психологии) (от лат. *correlatio* — соотношение) — статистический метод оценки формы, знака и тесноты связи исследуемых признаков или факторов. При определении формы связи рассматривается ее линейность или нелинейность (т. е. как в среднем изменяется y в зависимости от изменения x , ax — от y). Широкое применение в психологических исследованиях находит также коэффициент связи, который рассчитывается в случае простейшей классификации. Например, при наличии некоторого свойства у испытуемого ему приписывается 1, при отсутствии — 0, (р представляет собой, по существу, коэффициент корреляции для случая дихотомических данных. Среди других широко используемых в психологии

раз-

новидностей К. а — расчет ранговых, частных, частичных, множественных и других коэффициентов корреляции.

КОРСАКОВ Сергей Сергеевич (1854-1900) — русский психиатр. Один из основателей первой в Москве экспериментально-психологической лаборатории (1886) Поборник естественнонаучного направления в психологии, трактовавшейся им как «натуралистическая» наука. К описал особый вид патологии психики — нарушение памяти на текущие события, сочетающееся с конфабуляциями и дезориентировкой в месте и времени, — получивший название «Корсаковский синдром».

КОСМИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (от греч. kosmos — Вселенная) — отрасль психологии, изучающая психологические особенности труда космонавта, зависимость этих особенностей от ряда специфических факторов (невесомости, гиподинамии, относительной сенсорной депривации и др.), а также способы и методы целенаправленной организации психической деятельности космонавта в ходе подготовки и осуществления космических полетов. К. п является продолжением той ветви авиационной психологии, которая в связи с крайней экстремальностью условий жизнедеятельности космонавтов и сложностью выполняемых ими задач дополнительно включила в себя многие разделы других отраслей психологической науки: инженерной, медицинской, социальной, педагогической психологии и пр. По мере развития К. п. достаточно обширным ее разделом становится инженерная К. п, которая обеспечивает стадии проектирования, разработки и создания пилотируемых космических летательных аппаратов с учетом особенностей и свойств человека, т. е. того, кто конкретно будет жить и работать в этих аппаратах и управлять ими. Дополнительной задачей инженерной К. п. является разработка специальных тренажерных устройств и имитаторов условий деятельности космонавта, которые бы с максимальной степенью приближения моделировали реальные условия и факторы космического полета.

КОЭФФИЦИЕНТ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОСТИ (англ. intellectual quotient — IQ) — показатель тестов интеллектов. Обозначает отношение «умственного возраста» (УВ) к реальному хронологическому возрасту (ХВ) испытуемого. К. и. подсчитывают по формуле

УВ

—100% = IQ.

ХВ

Понятие К. и. введено в 1912 г. В. Штернов, который обратил внимание на некоторые недостатки умственного возраста как показателя в шкалах, предложенных Бине (см. Шкала умственного развития Бине—Симсена). Основным недостатком заключался в том, что о/-,на и та же разница в «умственном возрасте» двух индивидов для разных возрастных ступеней имеет неодинаковое значение. Чем меньше хронологический возраст ребенка, тем существеннее сдвиги, происходящие в его умственном развитии в течение каждого года жизни. Поэтому Штерн предложил определять не абсолютную меру интеллекта (разность между УВ и ХВ), а о относительную (частное, получаемое при делении УВ на ХВ). К. и впервые был использован в шкале интеллекта Стенфорда-Бине 1916 г.

КРАБКОВ Сергей Васильевич (1892-1951) — российский психофизиолог. Занимался исследованиями в области физиологии зрения («Глаз и его работа», 1950). Разрабатывал проблемы взаимодействия органов чувств, цветового (см. Цветовое восприятие) зрения, физиологической оптики.

КРЕАТИВНОСТЬ (от англ. creativity) — уровень творческой одаренности, способности к творчеству, составляющий относительно устойчивую характеристику личности. Первоначально К. рассматривалась как функция интеллекта, и уровень развития интеллекта отождествлялся с уровнем К. Впоследствии выяснилось, что уровень интеллекта коррелирует с К. до

определенного предела, а слишком высокий интеллект препятствует К В настоящее время К рассматривается как несводимая к интеллекту функция целостной личности, зависящая от целого комплекса ее психологических характеристик Соответственно, центральное направление в изучении К. — выявление личностных качеств, с которыми она связана.

КРЕЧМЕР Эрнст (1888-1964) — немецкий психолог и психиатр. Основоположник теорий, соотносящих психические свойства человека с конституцией его организма («Строение тела и характер», 1921). Предложил концепцию, согласно которой существует три основных типа телесной организации — пикническая, астеническая и атлетическая. По мнению К, лица, которым свойствен первый тип конституционного телосложения, склонны к маниакально-депрессивному психозу, относящиеся ко второму и третьему типам подвержены шизофрении Гипотеза К не получила подтверждения, однако поставленная им проблема связи между соматическим строением и психическим складом личности дала толчок новым исследованиям.

КРИЗИС (от греч. krisis — решение, поворотный пункт, исход) — 1) тяжелое переходное состояние, вызванное болезнью, стрессом, травмой и т.п.; 2) эмоционально значимое событие или радикальное изменение статуса в персональной жизни. К различаются по длительности и интенсивности кризисного состояния. В психологии встречаются упоминания трех типов невротических, кризисы развития и травматические.

Невротические К, предпосылки которых складываются, как правило, в детстве (см. Возраст), могут прогрессировать даже без изменения внешних условий. Типичным является образование порочного круга внутренних защитных конфликтов, производных от основного конфликта, которые создают субъективное ощущение безвыходности и тупика, а объективно приводят к дезадаптации личности (З. Фрейд, К Хорни)

К развития или возрастные К. возникают при переходе от одной возрастной ступени к другой и связаны с системными преобразованиями в сфере социальных отношений, деятельности и сознания (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, Д. Б. Эльконин) Это относительно небольшие по времени (до года) периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психологическими изменениями Форма, длительность и острота К. может значительно различаться в зависимости от индивидуально-типологических особенностей ребенка, социальных и микросоциальных условий, педагогической системы в целом. Ряд исследователей считают возрастные К. нормативным процессом, обусловленным логикой личностного развития и необходимостью разрешения основного возрастного противоречия (З. Фрейд, Э. Эриксон, Л. Выготский, Л. Божович) Другие — видят в К девиантное, злокачественное проявление (С. Л. Рубинштейн, А. В. Запорожец). Значительно менее изучены К. зрелых периодов жизни и старости. Известно, что такие поворотные пункты возникают значительно реже: перестройки смысловых структур сознания и переориентация на новые жизненные задачи, ведущие к смене характера деятельности, происходят, как правило, более скрыто (Э. Эриксон, Ш. Бюллер, П. Жанэ, Б. Ливерхед). К. травматические возникают в ответ на психотравмирующую ситуацию (см. Психическая травма) и зависят от ее личностной оценки и степени субъективной значимости. Личность и событие взаимно преломляются (К. Левин). Существуют также определенные личностные predispositions к кризисным реакциям (А. Амбрумова, Н. Кфир) Кризисы этого типа могут проявляться в форме острой реакции на непредвиденное несчастье, трагическую потерю или невозполнимый ущерб, горечь Как психологический феномен К. рассматривается: 1) как социально-психологическая (см. Социальная психология) ситуация; 2) как особое состояние, имеющее свои субъективные и объективные характеристики; 3) как процесс переживания.

Как социально-психологическая ситуация К рассматривается в ряду таких явлений, как «временное отклонение», «хроническое отклонение» и «слом». Как особое состояние К проходит 3-4 стадии шок и оцепенение (игнорирование травмирующих событий), осознание действительности и поиск смысла (гнев, чувство несправедливости, попытки «разрушить реальность»), острое горе и отчаяние (душевная боль, трудности концентрации, утрата энергии), реорганизация и рождение нового (создание образа памяти) К. как процесс переживания понимается как поворотный пункт в реализации своего жизненного пути, внутреннего замысла своей жизни (Ф. Васплюк). Он начинается с развертывания борьбы мотивов в процессе осуществления жизненного замысла и достигает апогея, когда индивид все так же остро ощущает актуальность своего сорвавшегося замысла и уверен в невозможности его реализации. Можно выделить две формы К.: в первом случае К — это испытание, выйдя из которого человек сохраняет свой жизненный замысел, во втором — такая возможность утрачена и требуется метаморфоза личности, принятие нового жизненного замысла. Проблема оценки тяжести критической жизненной ситуации может получить разрешение при подходе к внутреннему миру человека как иерархическому соотношению «жизненных миров», в каждом из которых «К.» приобретает различный вес и глубину. КРИМИНАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ (от лат. *criminalis* — преступный) — область юридической психологии. К п. изучает психологические механизмы правонарушений и психологию правонарушителей, проблемы образования, структуры, функционирования и распада преступных групп. В отечественной К п. отвергается учение о «прирожденном преступнике», реализуется диалектико-материалистический принцип развития, определяющий исследование всего многообразия явлений, прежде всего социальных, оказывающих влияние на формирование психологических особенностей правонарушителей.

КРИТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ — направление марксистски ориентированной психологии, возникшее на рубеже 60-70-х гг. XX в. Ведущие представители — К Хольцкамп (глава школы), У Хольц/камп-Остеркамп, П. Кайлер, К Х. Браун и др. Одним из основных психологических источников концепции К. п. является теория деятельности Н. Леонтьева. Особое место в К п. занимают исследования социогенеза (развитие психики в конкретных типах обществ) и онто- и актуалгенезов психического (изучение представителей конкретных социальных групп, классов, слоев общества и т. п.) Одно из основных понятий К. п. — «способность к действию», под которой понимается способность индивида благодаря его участию в жизни общества контролировать свои собственные условия жизни и распоряжаться ими. Развитие этой способности имеет две альтернативные возможности (определяемые социальными условиями и местом индивида в обществе)¹ 1) ограниченное развитие, когда индивид приспосабливается к существующим условиям и подавляет свои истинные интересы, используя средства психологической защиты, от неудовлетворенности, дискомфорта и т. п., 2) полное развитие, когда индивид осознает свои собственные потребности и борется за коренное улучшение условий жизни, свободно развивая при этом свои «сущностные силы». Все психические процессы рассматриваются как аспекты этой способности. Так, в области мышления указанная выше дилемма выражается в дихотомии «толкования» (обыденное мышление со свойственными ему фетишизмом, упрощениями, персонификациями и т. п.) и «понимания» (проникновение в сущность вещей), в области восприятия — в противополжении «неадекватного (иллюзорного) восприятия действительности и адекватного ее восприятия. Ограниченным развитием способности к действию объясняются в К. п. некоторые отрицательные эмоциональные процессы (страх, тревожность² и т. п.

КРОСС-КУЛЬТУРНАЯ ПСИХОЛОГИЯ — область психологии, занимающаяся

изучением закономерностей развития и функционирования психики в контексте обусловленности ее формирования социальными, культурными и экологическими факторами. К-к. п. занимается выявлением как универсальных, так и специфических особенностей психического развития, а также описывающих их теорий. Пример кросс-культурного исследования — работа М Мид по полоролевой (см Пол) дифференциации Мид показала, что хотя полоролевое поведение имеет определенные биологические основания, условия воспитания могут акцентировать или подавлять его проявления. Выделяются следующие цели К-к п 1) проверка универсальности (всеобщности) существующих психологических знаний и теорий, предполагающая проверку существующих психологических гипотез и знаний в различных культурных средах, чтобы выяснить их применимость для других культурных групп и границы использования, 2) изучение других культур для открытия психологических феноменов,

не представленных в ограниченном опыте собственной культуры ; 3) интеграция достижений, полученных в результате реализации первых двух целей и построение более универсальной психологии, данные которой будут применимы для более широкого спектра культур, и характеризующие человека как отдельный вид.

КУЛЬТУРА МЫШЛЕНИЯ — совокупность формальнологических, языковых, содержательно-методологических и этнических требований и норм, предъявляемых к интеллектуальной деятельности человека (см. Интеллект). От их усвоения и применения зависят процессы социализации личности, ее профессиональные успехи и творческие достижения. Культурному, т. е. ясному, четкому и последовательному мышлению противостоит мышление хаотичное, путаное, алогично-иррациональное. Культура мысли является синонимом бытия человека в качестве существа разумного, способного рационально ставить и решать как свои жизненные, так и общественные задачи, давать адекватную оценку самому себе и всему окружающему. И, наоборот, иррационально-хаотичная мысль свидетельствует либо о психическом расстройстве личности, либо о ее подверженности воздействию бессознательных страстей и эмоций, либо просто об отсутствии эмоциональной культуры.

КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ — концепция психического развития человека, разработанная в 20-30-е гг. Л. С. Выгодским при участии его учеников А. Н. Леонтьева и А. Р. Лурия. При формировании К-и. т. ими был критически осмыслен опыт гештальт-психологии, французской психологической школы (прежде всего Ж. Пиаже), а также структурно-семиотического направления в лингвистике и литературоведении («формальная школа» в литературоведении (ОПОЯЗ) и др.). Первостепенное значение имела ориентация на марксистскую философию. Согласно К-и т, главная закономерность онтогенеза психики состоит в интериоризации ребенком структуры его внешней, социально-символической (т. е. совместной со взрослым и опосредствованной знаками) деятельности. В итоге прежняя структура психических функций как «натуральных» изменяется — опосредствуется интериоризованными знаками, психические функции становятся «культурными». Внешне это проявляется в том, что они приобретают осознанность и произвольность. Тем самым интериоризация выступает и как социализация. В ходе интериоризации структура внешней деятельности трансформируется и «сворачивается», с тем чтобы вновь трансформироваться и «развернуться» в процессах экстериоризации, когда на основе психической функции строится «внешняя» социальная деятельность. В качестве универсального орудия, изменяющего психические функции, выступает языковой знак — слово. Здесь намечается возможность объяснения вербального и символического (см. Символ) характера когнитивных (познавательных) процессов у человека К-и т на общепсихологическом уровне.

и с иных методологических позиций выдвинула проблематику, к которой обратились символические интеракционисты (см. Интеракционизм) и сторонники гипотезы Сепира—Уорфа (см. Лингвистической относительности гипотеза). Для проверки основных положений К-и. т. Л. С. Выготским с сотрудниками была разработана «методика двойной стимуляции», с помощью которой моделировался процесс знакового опосредствования, прослеживался механизм «вращения» знаков в структуру психических функций — внимания, памяти, мышления. Частным следствием К-и. т. является важное для теории обучения положение о «зоне ближайшего развития» — периоде времени, в котором происходит реструктурирование психической функции ребенка под влиянием интериоризации структуры совместно со взрослым, знаково-опосредствованной деятельности К.-И. т. подвергалась критике, в том числе со стороны учеников Л. С. Выготского, за неоправданное противопоставление «натуральных» и «культурных» психических функций, за понимание механизма социализации как связанного преимущественно с усвоением знаково-символических (языковых) форм; за недооценку роли предметно-практической деятельности человека. Последний аргумент стал одним из исходных при разработке учениками Л. С. Выготского концепции структуры деятельности в психологии. В настоящее время обращение к К-и т. связано с анализом процессов общения,

с изучением диалогического характера ряда когнитивных (связанных с познанием, процессов (см. Диалог), с использованием в психологии аппарата структурно-семантических исследований

КУЛЬТУРНЫЙ ШОК — дезориентация индивида при вхождении в инокультурную среду. Термин был введен К. О. Рергом в 1960 г. Процесс инокультурной адаптации сопровождается 1) чувством потери друзей и статуса из-за оторванности от привычного окружения, 2) чувством отверженности; 3) удивлением и дискомфортом при осознании различий между культурами, 4) путаницей в ролевых (см. Роль) ожиданиях, ценностных ориентациях и в собственной личностной (см. Личность) идентичности; 5) чувством бессилия из-за невозможности эффективно взаимодействовать со своим новым окружением (см. Группа буферная). Симптомами К. ш. могут оказаться недостаток уверенности в себе, тревожность, раздражительность, бессонница, психосоматические расстройства, депрессия и др. Чаще всего К. ш. ассоциируется с негативными последствиями, но необходимо обратить внимание на его позитивную сторону, хотя бы для тех индивидов, у кого первоначальный дискомфорт ведет к принятию новых ценностей, аттитюдов, моделей поведения и в конечном счете важен для саморазвития и личностного роста

КЮЛЬДЕ Освальд (1862-1915) — немецкий психолог. Основатель Вюрцбургской школы психологии мышления. Следуя проведенному Brentano различию между содержанием и актом сознания, применил методику систематической экспериментальной интроспекции к исследованию мышления, акты и содержание которого трактовались в качестве лишенных образного (сенсорного) содержания. В познавательной деятельности К. выделил такие феномены, как осознание отношений, установок и др.

ЛАБИЛЬНОСТЬ (от лат. *labilis* — скользящий, неустойчивый) — максимальное число импульсов, которое нервная клетка или функциональная структура может передать в единицу времени без искажений. Термин предложен Н. Е. Введенским. В дифференциальной психологии Л. — одно из основных свойств нервной системы, характеризующее скорость возникновения и прекращения нервных процессов.

ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ (от лат. *laborare* — работать, *experimentum* — опыт) — разновидность эксперимента, проводимого в условиях специально оборудованных помещений, что обеспечивает особенно строгий контроль независимых и зависимых переменных. Благодаря этим условиям результаты

Л. э. обычно отличаются сравнительно высокой степенью надежности и достоверности (см. Валидность) К недостаткам Л. э. иногда относят низкую степень «экологической валидности» — соответствия реальным жизненным ситуациям

ЛАДЫГИНА-КОТС Надежда Николаевна (1889-1963) — российский психолог. Разрабатывая проблемы зоопсихологии и сравнительной психологии на материале исследования интеллектуальных процессов (см Интеллект) у высших антропоидов (шимпанзе) и у человека на ранних стадиях его онтогенеза, пришла к выводу о том, что, несмотря на высокий уровень развития многих психических свойств животного, между психикой шимпанзе и психикой ребенка существуют коренные качественные различия («Дитя шимпанзе и дитя человека в их инстинктах, эмоциях, играх, привычках и выразительных движениях», 1935) Исследования конструктивной и орудийной деятельности шимпанзе позволили Л -К выделить ряд факторов, отличающих «предтрудовую» деятельность антропоидов от трудовой деятельности человека («Конструктивная и орудийная деятельность высших обезьян», 1959) Идеи Л-К сыграли важную роль в изучении человеческой психики

ЛАЗУРСКИЙ Александр Федорович (1874-1917) — русский врач и психолог. Придерживаясь естественнонаучной ориентации, разработал «характерологию» — психологическую концепцию индивидуальных различий, рассматривавшихся в тесной связи с деятельностью нервных центров («Очерк науки о характерах», 1909) В психической реальности выделял две сферы эндопсихику как прирожденную основу личности, включающую темперамент, характер и ряд других психофизиологических особенностей, экзопсихику, понимаемую как систему отношений личности к окружающему миру («Общая и экспериментальная психология», 1912) на этой основе построил систему классификации личностей Л одним из первых начал проводить исследование личности в естественных условиях деятельности испытуемого.

ЛАНГЕ Николай Николаевич (1358-1921) — русский психолог, один из основателей экспериментальной психологии в России Сформулировал концепцию стадильности (фазовости) процесса восприятия, предполагающую смену фаз восприятия от более общего характера к более частному, дифференцированному Всякое ощущение, по Л , начинается с «простого толчка » в сознании («что-то случилось»), затем осознается род раздражителя (цвет, звук, поверхность), форма предмета, место в пространстве Л видел в этом основу всех простейших психических процессов («Психологические исследования», 1893). Им была разработана моторная теория внимания, согласно которой движение рассматривалось как условие, не только сопровождающее, но и улучшающее восприятие Двигательный компонент, считал он, присутствует в процессах мышления наряду с такими составляющими, как память. Исходя из этого, полагал, что воля — это импульс, предшествующий любому сознательному движению. Этот импульс не осознается человеком, осознается лишь само движение в виде сопровождающих его суммы «обратных» ощущений. Следуя И. М. Сеченову, Л считает двигательные реакции организма первичными по отрешению к внутренним психическим актам Основная функция психики — «круговая реакция», включающая центростремительный ток, сообщающий организму о достигнутом, и центробежную реакцию (ответ на это сообщение). Подчеркивая значение психики в биологической эволюции, выступал против психофизического параллелизма («Психология», 1914)

ЛЕВ Жак (1839-1924) — немецко-американский биолог. Лидер механистического направления в зоопсихологии, автор учения о тропизмах. Используя данные своих опытов над низшими животными, выдвинул положение о том, что при объяснении их реакций нет нужды обращаться к психике, поскольку они могут быть исчерпывающе объяснены действием

физико-химических факторов. Ориентировочное поведение животных возникает в ответ на возбуждение различных чувствительных к этим факторам периферических участков тела. Дискуссии по поводу этого учения стимулировали поиски нового понимания объективного метода в психологии, отличного от предложенного Л и его последователями и вместо с тем учитывающего бесперспективность понимания сознания как бестелесной силы, извне управляющей поведением. ЛЕВИ-БРЮЛЬ Люсьен (1857-1939) — французский философ, социолог, психолог, этнограф. Используя богатый этнографический материал о жизни народов Африки, Австралии, Океании, находящихся на ранних этапах социокультурного развития, опроверг теорию анимизма английской антропологической школы (Э Тайлор, Дж. Фрейзер и др.), рассматривавшую психику вне ее социально-исторической обусловленности. Опираясь на выдвинутое Э Дюркгеймом понятие «коллективные представления», утверждал, что различным социально-историческим структурам соответствуют определенные типы мышления. На этой основе создал теорию первобытного мышления («Умственные функции в низших обществах», 1910), характеризуя его как мистическое по содержанию, пралогическое (дологическое) по способу организации: нечувствительное к противоречиям и непроницаемое для опыта. В отличие от мышления представителя цивилизованного общества, оно не ориентировано на установление логических отношений, а подчиняется закону партиципации (сопричастия), наделяющему предметы и явления свойством «единосущности» (объединение предметов не по существенным свойствам, а по приписываемым им мистическим качествам). Терминами «пралогическое» и «логическое» Л.-Б. обозначал не сменяющие друг друга стадии, но сосуществующие типы мышления. Определяя содержание коллективных представлений первобытного человека, пралогическое мышление не распространялось на сферу личного опыта и практических действий. В ходе исторического развития общества, обусловившего доминирование логического

мышления, следы пралогического мышления сохраняются в религии, морали, обрядах и т.д. («Первобытное мышление», 1922); («Первобытная душа», 1927). Несмотря на вызванный справедливой критикой отказ Л.-Б. от ряда своих положений, его работы послужили мощным стимулом развития культурно-исторического подхода к анализу человеческой психики.

ЛЕВИН Курт (1890-1947) — германо-американский психолог. Был близок гештальт-психологии. Выступил с критикой ассоциативной концепции аффективно-волевых актов и учения Н. Аха о детерминирующих тенденциях. Используя физическое понятие «поле» и принципы описания, принятые в топологии, разработал концепцию динамической системы поведения, которая находится под напряжением, когда нарушается равновесие между индивидом и средой. Согласно учению Л. о мотивации, мотивами являются объекты — различные районы «жизненного пространства», в которых индивид испытывает потребность, или квазипотребность — намерение. Сами объекты окружающей среды приобретают при этом мотивационную силу и утрачивают ее, когда потребность (или квазипотребность) удовлетворена. Л. отвергал представление о том, что потребность является биологически предопределенной константой, а энергия и динамика мотива замкнуты в пределах индивида. Л. разработал экспериментальные методики изучения мотивации, в частности уровня притязаний, запоминания законченных и незаконченных действий и др. Психологическое «пространство» он изображал с помощью графических символов, разделяя его границами и барьерами на районы, изменяющие свои формы. Им была разработана также особая геометрическая модель для описания векторов движения субъекта в психологическом поле и его представления о том, «что ведет к чему» (см. Топологическая психология). В дальнейшем Л. создал новую

исследовательскую программу, отразившую актуальные социальные запросы. От анализа индивидуальной мотивации он перешел к изучению групповой динамики, трактуя группу как динамическое целое, сплачиваемое взаимодействующими внутри ее силами. Это потребовало от Л. и его сотрудников экспериментального изучения лидерства, конфликта и других социально-психологических проблем, возникающих в группе.

ЛЕЙБНИЦ Готфрид (1646-1716) — немецкий философ. Опираясь на открытое им дифференциальное и интегральное исчисление, представил психический мир в виде бесконечной градации неделимых, замкнутых в себе нематериальных ценностей — монад. Отвергнув установленное Декартом равенство психики и сознания, Л. ввел понятие о бессознательной психике, полагая, что в сознания субъекта непрерывно идет скрытая от него работа психических сил в виде особой динамики неосознаваемых восприятия («малых перцепций»). Животные, по мнению Л., не являются простыми автоматами. Разум им заменяют ассоциации, которые являются единственным способом организации знания не только для животных, но и для людей, когда они ограничиваются данными органов чувств. Вместе с тем только людям свойственно ясное рациональное понимание природы вещей и постижение вечных истин. Распространив на человеческое сознание идею непрерывной градации психических образов, Л. разделил перцепцию и апперцепцию, понимая под первой презентацию (представленность) какого-либо содержания, под второй — его отчетливое осознание, которое включает обостренное внимание и активную работу памяти. Критикуя эмпиризм Локка (см. Эмпирическая психология), выразившийся в трактовании души как органа, запечатлевающего чувственные воздействия, Л. указывал, что этот орган не является «чистой доской», в нем имеются только задатки, предрасположенность к познанию, реализуемая активной деятельностью разума. Объясняя связь между психическим и физическим, Л. выдвинул положение о том, что между ними существует не взаимодействие, а соответствие в виде созданной благодаря божественной мудрости «предустановленной гармонии». Душа и тело совершают свои действия самостоятельно, независимо друг о друга, но поскольку они (подобно паре часов, показывающих одно и то же время) запущены в ход и движутся с величайшей точностью, складывается впечатление об их зависимости. Л. — родоначальник теорий, отстаивающих приоритет активности психики и строящихся на представлении о бессознательном.

ЛЕЙПЦИГСКАЯ ШКОЛА — психологическое направление, существовавшее в Германии с конца 10-х до середины 30-х гг. XX в. Основные представители Ф. Крюгер, Г. Фолькельт, Ф. Зандер, О. Клемм, А. Веллек и др. Иногда Л. ш. называют «второй Л. ш.» после «первой», Вундтовской (см. Вундт). Л. ш., как и гештальт-психология, разрабатывала целостный подход к изучению психологии и сознания, однако, в отличие от Берлинской школы, выделяла, кроме гештальтов, другие единицы анализа психического мира: т. н. «комплекс-качества» (названные так по аналогии с «гештальт-качествами»), Это единицы анализа психики на более ранних ступенях развития, которых отличает от гештальтов их большая диффузность и эмоциональность. В то же время Л. ш. исследовала практически игнорируемую в гештальт-психологии смысловую (см. Смысл) сторону гештальтов. В теоретических и экспериментальных исследованиях Л. ш. пыталась доказать гипотезу о том, что психическое развитие во всех видах генезов (в фило-, антропо-, социо-, онто- и акту-алгенезах) идет от комплекс-качеств к более «прегнанным» и осмысленным гештальтам. Особенную разработку получили в Л. ш. (в том числе с использованием метода феноменологического самонаблюдения) проблемы актуал- и онтогенезов, а также типологии восприятия (Ф. Зандер), развития изобразительной деятельности и мышления у детей раннего и

дошкольного возрастов (Г. Фолькельт) и др.

«Целостнообразующими» факторами психической жизни Л. ш. называла чувства, которые определяют закономерности всех остальных психических процессов, поскольку в наибольшей степени отражают «трансфеноменальный мир» душевного «бытия», не сводимый к миру душевных феноменов. Этот мир представляет собой систему «структур» (термин Ф. Крюгера) различного вида (установок, диспозиций, потенций), определяющих собой течение актуальных психических процессов. Структуры делятся Л. ш. на «душевные» (индивидуальные, среди которых центральной является структура ценностных ориентации личности, и надиндивидуальные — «душа» семьи, народа, расы) и «объективно-духовные» (мораль, право, искусство, а также язык). По степени проявления в душевных структурах объективно-духовных структур различались более совершенные и менее совершенные структуры (например, более совершенной считалась душевная структура человека, способного к развитому эстетическому восприятию, чем структура «глухого к музыке» человека). В 50-е гг. эти взгляды нашли свое отражение в характерологическом учении А. Веллека. Поскольку структуры считались в Л. ш. врожденными, в истолковании причин межкультурных различий и развития психики она смыкалась с крайне биологизаторскими и объективно-идеалистическими направлениями в психологии, в том числе откровенно расистскими и фашистскими концепциями. Вместе с тем Л. ш. сыграла значительную роль в возникновении и упрочении целостного подхода в психологии. Л. С. Выготский высоко оценивал онтогенетические исследования Л. ш. и рассматривал их результаты как эмпирические доказательства своей собственной концепции системного и смыслового строения сознания. Отдельные идеи Л. ш. оказали свое влияние на некоторых представителей гуманистической психологии (Г. Оллпорт).

ЛЕОНТЬЕВ Алексей Николаевич (1903-1979) — советский психолог. Разрабатывая в 20-х гг. совместно с Л. С. Выготским и А. Р. Лурия культурно-историческую теорию, провел цикл экспериментальных исследований, раскрывающих механизм формирования высших психических функций (произвольное внимание и память) как процесс «вращения», интериоризации/ внешних форм орудийно-опосредованных действий во внутренние психические процессы («Развитие памяти», 1931). Опираясь на идеи культурно-исторической теории, выдвинул и детально разработал общепсихологическую концепцию деятельности (см. Деятельностный подход, Деятельность), являющуюся одним из влиятельных теоретических направлений в отечественной и мировой психологии. Содержание этой концепции тесно связано с проведенным Л. анализом развития психики в филогенезе и онтогенезе, раскрывающим механизмы происхождения сознания и его роли в регуляции деятельности человека («Проблемы развития психики», 1959). На основе предложенной Л. схемы структуры деятельности (деятельность — действие — операция — психофизиологические функции), соотнесенной со структурой мотивационной сферы (мотив — цель — условие), изучался широкий круг психических явлений (восприятие, мышление, память, внимание и др.), среди которых особое внимание уделялось анализу сознания (выделение значения, смысла и «чувственной ткани» в качестве главных его компонентов) и личности (трактовка ее базовой структуры как иерархии мотивационно-смысловых образований).

ЛЕСГАФТ Петр Францевич (1837-1909) — русский анатом, педагог и психолог. Обосновывая теорию физического воспитания, рассматривал ее в контексте задачи формирования целостной личности, отводя главную роль не развитию мышечного аппарата самого по себе, а умению управлять им как особой сенсомоторной способности. Первичной считалась чувственно-образная регуляция поведения, предполагающая отображение пространственно-временных отношений, в координатах которых совершается действие.

Разработал концепцию «школьных типов», в основание которой легли наблюдения над различиями в поведении людей по отношению к сверстникам, взрослым, процессу обучения

ЛЕШЛИ Карл (1890-1958) — американский психолог. Изучал изменения в психической регуляции поведения животных при удалении у них различных частей головного мозга, занимался проблемой локализации психических функций. В своих экспериментах Л. выяснял отношение процесса научения к количеству удаленного мозгового вещества, придя к отрицанию зависимости высших приспособительных реакций от отдельных участков коры головного мозга («Механизмы мозга и интеллект», 1929) Отвергая принцип локализации рефлекторных актов (в том числе условно-рефлекторных), Л. выступил против учения И. П. Павлова. В дальнейшем Л. отказался от своей крайней позиции и принципа эквипотенциальности (равноценности) любых частей мозга в выработке навыков и решении интеллектуальных задач.

ЛИБИДО (от лат *libido* — желание, влечение)— одно из ключевых понятий психоанализа. Исходно обозначало лежащую в основе всех сексуальных проявлений индивида психическую энергию, использовалось как синоним сексуального влечения (З. Фрейд) Л. рассматривается как доминирующий мотив человеческого поведения, проявляющийся в социально приемлемой форме благодаря сублимации, вытеснению и другим видам «психологической защиты» (см. Защита психологическая). В более поздних работах Фрейд использовал понятие Л. как синоним влечения к жизни (Эроса). Согласно Фрейду, определенная часть Л. в результате выбора объекта (т. е. выбора партнера по любви и дружбе) направляется на этот объект или объекты («объект-либидо»), другая же часть — на собственное «Я» («Я»-либидо).

ЛИДЕР (от англ *leader* — ведущий) — член группы, за которым она признает право принимать ответственные решения в значимых для нее ситуациях, т. е. наиболее авторитетная (см. Авторитет) личность, реально играющая центральную роль в организации совместной деятельности и регулировании взаимоотношений в группе В психологии приняты различные классификации лидеров 1) по содержанию деятельности (Л. - вдохновитель и Л.- исполнитель), 2) по характеру деятельности (универсальный Л. и ситуативный Л.);3) по направленности деятельности (эмоциональный Л. и деловой Л.) и т. д.

ЛИДЕРСТВА СТИЛЬ — см. Стиль лидерства

ЛИДЕРСТВО — отношения доминирования и подчинения, влияния и следования в системе межличностных отношений в группе В ходе исследований Л. выделены различные стили Л., разработан ряд концепций Л. Теория лидерских ролей (Р. Бейлс) рассматривает роли «профессионала» — лидера, ориентированного на решение деловых проблем, и «социально-эмоционального специалиста», решающего проблемы человеческих отношений. Сторонники теории черт Л. считают предпосылкой признания человека лидером обладание специфическими «лидерскими» чертами и способностями. Исследования, проведенные в русле этой теории, концентрировались на

выявлении качеств, специфичных для лидеров. Вариантом такого подхода является харизматическая концепция Л., согласно которой Л. ниспослано отдельным выдающимся лицам как некая благодать («харизма»). Существенное значение для понимания Л. и его эффективности имеет уровень группового развития. В коллективе ввиду наличия ценностно-ориентационного единства снимается якобы неизбежное с точки зрения западных психологов противопоставление лидера, «ориентированного на задачу», и лидера, «ориентированного на людей».

ЛИНГВИСТИЧЕСКОЙ ОТНОСИТЕЛЬНОСТИ ГИПОТЕЗА (от лат *lingua* — язык) — гипотеза Э. Сепира и Б. Уорфа об обусловленности восприятия и мышления структурами языка. Согласно Л. о. г., языковые навыки и нормы бессознательно (см. Бессознательное) определяют образы («картины») мира,

присущие носителям того или иного языка. Л. о г., послужив толчком к исследованию взаимосвязи языка и познания, поставила ряд важных лингвистических и психологических проблем, не дав, однако, методологически приемлемого их решения.

ЛИППС Теодор (1851-1914) — немецкий психолог. Выдвинул теорию эмпатии как особого психического акта, при котором субъект, воспринимая предмет, проецирует на него свое эмоциональное состояние, испытывая при этом позитивные или негативные эстетические переживания. Они не пробуждаются художественным творением, а привносятся в него. При восприятии неодушевленных форм (например, архитектурных построек) появляется ощущение, что они полны внутренней жизни. Этим объясняются геометрические иллюзии (например, вертикальная линия воспринимается более длинной, чем в действительности, поскольку наблюдатель чувствует себя как бы вытягивающимся вверх). Данные о вчувствовании субъекта в линейные и пространственные формы, как и концепция эмпатии, используются в психологии искусства.

ЛИЧНОСТНЫЙ КОНСТРУКТ (от лат. constructio — построение) — создаваемый субъектом классификационно-оценочный эталон, с помощью которого осуществляется понимание объектов в их сходстве между собой и отличии от других. Понятие Л к предложено Дж. Келли (см. Когнитивного соответствия теории) По своему структурному содержанию Л. к. отражает характер интерпретации человеком элементов окружающего мира (события, явления, людей) как сходных между собой и в то же время отличных от других. Л. к. различаются по тому, насколько широка область их приложения Л к, применимые лишь в отношении определенного незначительного класса элементов, и Л. к., отражающие наиболее обобщенную оценку воспринимаемых объектов По степени их устойчивости, неизменности различаются основные и ситуативные Л к.

ЛИЧНОСТНЫЙ СМЫСЛ — индивидуализированное отражение действительного отношения личности к тем объектам, ради которых разворачивается ее деятельность, осознаваемое как «значение-для-меня» усваиваемых субъектом безличных знаний о мире, включающих понятия, умения, действия и поступки, совершаемые людьми, социальные нормы, роли, ценности и идеалы Понятие Л. с. исторически связано с понятиями Л. С. Выготского о динамических смысловых системах индивидуального сознания личности, выражающих единство аффективных и интеллектуальных процессов. Введение понятия Л. с. как единицы сознания (А. Н. Леонтьев) сыграло важную роль в преодолении чисто интеллектуальной трактовки сознания как сознания (суммы знаний о мире), а также для решения проблемы соотношения индивидуального и общественного сознания в жизни личности

ЛИЧНОСТЬ — 1) человек как субъект социальных отношений и сознательной деятельности, 2) определяемое включенностью в социальные связи системное качество индивида, формирующееся в совместной деятельности и общении В «термической психологии» (В Мак-Дугалл), в психоанализе (З Фрейд, А. Адлер) Л трактовалась как ансамбль иррациональных бессознательных влечений. Бихевиоризм фактически снимал проблему Л., которой не оставалось места в механистической схеме «С — Р» («стимул — реакция»). Весьма продуктивные в плане конкретных методических решений концепции К. Левина, А Маслоу, Г. Олпорта, К. Роджерса обнаруживают определенную ограниченность, которая проявляется в физикализме, переносе законов механики на анализ проявлений Л. (К. Левин), в индетерминизме в «гуманистической психологии» и экзистенциализме Заметны успехи западной эмпирической психологии в области психотерапии Л., тренинга общения и т. д. В российской психологии человека как Л характеризует система обусловленных жизнью в обществе отношений, субъектом которых он

является. В процессе взаимодействия с миром активно действующая Л. выступает как целое, в котором познание окружающего осуществляется в единстве с переживанием. Л рассматривается в единстве (но не тождестве) чувственной сущности ее носителя — индивида и условий социальной среды (Б. Г. Ананьев, А Н Леонтьев). Природные свойства и особенности индивида выступают в Л. как социально обусловленные ее элементы. Так, например, мозговая патология обусловлена биологически, но порождаемые ею черты характера становятся особенностями Л в силу социальной детерминации. Л. является опосредующим звеном, через которое внешнее воздействие связано со своим эффектом в психике индивида (С. Л. Рубинштейн). Возникновение Л. как системного качества обусловлено тем, что индивид в совместной деятельности с другими индивидами изменяет мир и посредством этого изменения преобразует и себя, становясь Л. (А Н Леонтьев). Л. характеризуется активностью, т. е. стремлением субъекта выходить за собственные пределы (см Адаптивность — неадаптивность), расширять сферу своей деятельности, действовать за границами требования ситуации и ролевых предписаний (мотивация достижения, риск и т. п.) Л характеризуется направленностью — устойчивой доминирующей системой мотивов — интересов, убеждений, идеалов, вкусов и т. д., в которых проявляют себя потребности человека, глубинными смысловыми структурами («динамическими смысловыми системами», по Л. С. Выготскому), обуславливающими ее сознание и поведение, относительно устойчивыми к вербальным воздействиям и преобразующимися в совместной деятельности групп (принцип деятельностного опосредствования), степенью осознанности своих отношений к действительности отношения (по В. Н. Мясищеву), установки (по Д. Н. Узнадзе, А. С. Прангишвили, Ш. А. Надирашвили), диспозиции (по В. Я. Ядову) и т. п. Развитая Л. обладает развитым самосознанием, что не исключает неосознаваемо: психической регуляции некоторых важных сторон активности Л. Субъективно для индивида Л. выступает как его «Я» (образ-«Я», «Я»-концепция), система представлений о себе, конструируемая индивидом в процессах деятельности и общения, обеспечивающая единство и тождественность его Л. и обнаруживающая себя в самооценках, в чувстве самоуважения, уровне притязаний и т. д. Образ «Я» представляет собой то, каким индивид видит себя в настоящем, в будущем, каким он хотел бы быть, если бы сумел и т. д. Соотнесение образа «Я» с реальными обстоятельствами жизни индивида позволяет Л. изменять свое поведение и осуществлять цели самовоспитания. Апелляция к самооценке и самоуважению Л. является важным фактором направленного воздействия на Л. в процессе воспитания. Л. как субъект межличностных отношений обнаруживает себя в трех репрезентациях, образующих единство (В. А. Петровский) 1) Л. как относительно устойчивая совокупность интраиндивидуальных ее качеств, симптомокомплексы психических свойств, образующих ее индивидуальность, мотивы, направленности Л. (Л. И. Божович), структура характера Л., особенности темперамента, способности (работы Б. М. Теплова, В. Д. Небылицына, В. С. Мерлина и т. д.); 2) Л. как включенность индивида в пространство межиндивидуальных связей, где взаимоотношения и взаимодействия, возникающие в группе, могут трактоваться как носители Л. их участников. Тем самым преодолевается, например, ложная альтернатива в понимании межличностных взаимоотношений либо как феноменов группы, либо как феноменов Л. — личностное выступает как групповое, групповое — как личностное (А. В. Петровский); 3) Л. как «идеальная представленность» индивида в жизнедеятельности других людей, в том числе и за пределами их наличного взаимодействия, как результат активно осуществляемых человеком смысловых преобразований интеллектуальной и аффективно-потребностной сфер Л. других людей (В. А. Петровский). Индивид в своем развитии испытывает социально детерминированную «потребность быть Л.», т. е. полагать себя в

жизнедеятельности других людей, продолжая свое существование в них, и обнаруживает «способность быть Л », реализуемой в социально значимой деятельности. Наличие и особенности «способности быть Л » могут выявляться с помощью метода отраженной субъективности (см Отраженной субъектности метод). Развитие Л осуществляется в условиях социализации индивида и его воспитания (см Развитие личности).

ЛОГОТЕРАПИЯ — теория и практика психотерапии, разработанная В. Франклом. Л исходит из того, что основной движущей силой в поведении личности и ее развитии является стремление человека к поиску и реализации смысла своей жизни. Отсутствие смысла жизни или невозможность его реализовать порождает у человека состояния экзистенциального вакуума и экзистенциальной фрустрации, выступающие причиной так называемых ноогенных неврозов, связанных с апатией, депрессией и утратой интереса к жизни, а также со стремлением к минимизации внутреннего напряжения. Практика Л. направлена на то, чтобы помочь человеку обрести утраченный им смысл жизни.

ЛОЖЬ — феномен общения, состоящий в намеренном искажении действительного положения вещей; Л. чаще всего находит выражение в содержании речевых сообщений, немедленная проверка которых затруднительна или невозможна. Л. представляет собой осознанный продукт речевой деятельности, имеющий целью ввести реципиентов в заблуждение. Как правило, Л. вызвана стремлением добиться личных или социальных преимуществ в конкретных ситуациях. Характерно, что индивид неосознанно расценивает свою Л. как нечто неустойчивое и временное, отсюда интенция первоначально измышлять ей новые подтверждения, а позже — полностью замалчивать. Если социально психологически Л. всегда является средством, то в сфере патопсихологии она выступает как цель мифоманов-психопатов, испытывающих чувство удовлетворения от самого процесса введения окружающих в заблуждение.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ (от лат. localis — местный) — отнесение высших психических функций к конкретным мозговым структурам (см Мозг). Проблема Л. в п. ф. разрабатывается нейропсихологией, нейроанатомией, нейрофизиологией и др. История изучения Л. в п. ф. восходит к античности (Гиппократ, Гален и др.). Представители узкого локализационизма рассматривали психологические функции как единые, неразложимые на компоненты «психические способности», осуществляемые ограниченными участками коры мозга — соответствующими мозговыми «центрами». Считалось, что поражение «центра» ведет к выпадению соответствующей функции. Логическим завершением идеи наивного локализационизма явилась френологическая карта Ф. Галля и локализационная карта К. Клейста, представляющие работу коры больших полушарий как совокупность функций различных «центров» психических способностей. Другое направление — «антилокализационизм» рассматривало мозг как единое недифференцированное целое, с которым в равной степени связаны все психические функции. Отсюда следовало, что поражение любой области мозга ведет к общему нарушению функции (например, к снижению интеллекта), т. е. степень нарушения функции не зависит от локализации и определяется массой пораженного мозга. Согласно теории системной динамической Л. в п. ф., мозг — субстрат психических функций работает как единое целое, состоящее из множества высоко-дифференцированных частей, каждая из которых выполняет свою специфическую роль. Непосредственно с мозговыми структурами следует соотносить не всю психическую функцию и даже не отдельные ее звенья, а те физиологические процессы (факторы), которые осуществляются в соответствующих структурах. Нарушение этих физиологических процессов приводит к появлению первичных дефектов, распространяющихся на целый ряд взаимосвязанных психических функций.

ЛОКК Джон (1632-1704) — английский философ. В истории психологической мысли занял важное место, противопоставив рационализму и априоризму Декарта учение о происхождении всех идей из опыта (эмпиризм). В локковском понимании в

опыте объединялись как чувственные впечатления от внешних объектов, так и то, что непосредственно испытывает индивидуальная душа в процессе собственной деятельности. Согласно Л., исходными в структуре разума являются простые идеи ощущений и столь же простые идеи рефлексии как направленности субъекта на свой внутренний мир. Сознание — это восприятие человеком происходящего в его собственном уме. Данное положение Л. стало отправным для развития интроспективной психологии. Обосновав положение о том, что нет врожденных идей, но идеи любой степени сложности являются продуктом переработки простейших, Л. ввел в психологию принцип развития. Среди простых идей выделялись «удовольствие» и «боль», из которых возникает все богатство эмоций.

ЛОКОМОЦИЯ (у животных) — передвижение, активное перемещение в пространстве (ползание, ходьба, бег, лазание, плавание, полет и пр.). Наряду с манипулированием Л. — одна из двух категорий поведения. Осуществляется (преимущественно у низших животных) путем сокращения мускулатуры (или ее аналогов) тела животного при помощи специальных эффекторов (органов передвижения) — ресничек, жгутиков, щупалец, плавников, ног, крыльев, органов реактивного движения и др.). Л. относится к инстинктивным движениям, поскольку является функцией ригидной опорно-двигательной системы организма, допускающей лишь минимальную индивидуальную изменчивость движений. Л. — типичный пример жестко запрограммированных и фиксированных в генофонде врожденных двигательных координаций, составляющих основу инстинктивных компонентов поведения животных (см. Инстинктивное поведение животных). Вместе с тем локомоторное решение задач (например, выбор верного пути в лабиринте при проведении эксперимента) может привести к формированию сложных навыков и даже стать элементом интеллектуальных действий животных (см. Интеллект животных).

ЛОКУС КОНТРОЛЯ (от лат. locus — место, местоположение и франц. controle — проверка) — качество, характеризующее склонность человека приписывать ответственность за результаты своей деятельности внешним силам (экстернальный или внешний Л. к) либо собственным способностям и усилиям (интернальный или внутренний Л. к). Понятие Л. к. предложено американским психологом Д. Роттером. Л. к. является устойчивым свойством индивида, формирующимся в процессе его социализации. Для определения Л. к. создан вопросник и разработан комплекс методик, позволяющий выявить закономерную связь между Л. к. и другими личностными характеристиками. Показано, что люди, обладающие внутренним Л. к., более уверены в себе, последовательны и настойчивы в достижении поставленной цели, склонны к самоанализу, уравновешенны, общительны, доброжелательны и независимы. Склонность к внешнему Л. к., напротив, проявляется наряду с такими чертами, как неуверенность в своих способностях, неуравновешенность, стремление отложить реализацию своих намерений на неопределенный срок, тревожность, подозрительность, конформность и агрессивность. Экспериментально показано, что внутренний Л. к. является социально одобряемой ценностью (идеальному Я (см. Я-идеал} всегда приписывается внутренний Л. к.).

ЛОМОВ Борис Федорович (1927-1989) — российский психолог. Центральное место в научной деятельности Л. начиная со второй половины 50-х гг. занимала проблема взаимодействия человека с техническими устройствами («Человек в системе управления», 1968; «Человек и техника», 1963, 1966). Им были заложены основы разработки проблем инженерной психологии в СССР.

Изучая общие проблемы методологии психологии, сформулировал принципы системного подхода к анализу психических явлений, показал место и роль психологии в системе других наук («Методологические и теоретические проблемы психологии», 1984). Л. разрабатывал проблему общения (взаимосвязи познания и общения, деятельности и общения), вел исследования в различных отраслях психологии (авиационной, космической и др.)

ЛОНГИТЮДНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (от англ. *longitude* — долгота) — длительное и систематическое изучение одних и тех же испытуемых, позволяющее определять

диапазон возрастной и индивидуальной изменчивости фаз жизненного цикла человека Первоначально Л. и (как метод «продольных срезов») складывалось в детской и возрастной психологии в качестве альтернативы господствовавшим методам определения состояний или уровней развития (методам «поперечных срезов») Самостоятельная ценность Л. и связывалась с возможностью предсказания дальнейшего хода психического развития (см. Развитие психики) и установления генетических связей между его фазами

ЛОРЕНЦ Конрад (1903-1988) — австрийский естествоиспытатель, один из основоположников современной этологии. Изучал поведение животных и человека, исследовал проблемы эволюции, структуры факторов и механизмов поведения животных («Кольцо царя Соломона», 1970, «Человек находит друга», 1971)

ЛУРИЯ Александр Романович (1902-1977)— российский психолог, основоположник нейропсихологии в СССР. Исследуя в 20-х гг. аффективные состояния человека (см. Аффект), разработал сопряженную моторную методику, выявляющую скрытые аффективные комплексы. В дальнейшем, работая с Л. С. Выготским, А. Н. Леонтьевым и другими отечественными психологами, разрабатывал культурно-историческую теорию человеческой психики Главные теоретические и экспериментальные исследования Л., посвященные проблемам мозговой локализации высших психических функций и их нарушений при локальных повреждениях мозга, послужили основой формирования концептуального аппарата и феноменологической базы нейропсихологии, а также выработки системы методов нейропсихологической диагностики.

ЛЮБОВЬ — 1) высокая степень эмоционально положительного отношения, выделяющего его объект среди других и помещающего его в центр жизненных потребностей и интересов субъекта (Л. к родине, к матери, к детям, к музыке и т. д.) ; 2) интенсивное, напряженное и относительно устойчивое чувство субъекта, обусловленное сексуальными потребностями и выражающееся в социально формируемом стремлении быть своими лично значимыми чертами с максимальной полнотой представленным в жизнедеятельности другого (см. Персонализация) таким образом, чтобы пробуждать у него потребность в ответном чувстве той же интенсивности, напряженности и устойчивости Л. в своих интимных психологических характеристиках является общественно-исторически обусловленным чувством, своеобразно отражающим социальные отношения и особенности культуры, выступающим в качестве нравственной основы отношений в институте брака. Исследования онтогенеза и функций Л. показывают, что она играет большую роль в формировании личности и в становлении Я-концепции Установлено, что фрустрация потребности в Л. приводит к ухудшению соматического и психического состояния. Имеется тесная связь индивидуального чувства Л. с традициями и нормами общества и с особенностями семейного воспитания — обе эти группы переменных являются источником принятых субъектом способов интерпретации своего поведения В психологии предпринимались неоднократные попытки исследования внутренней структуры Л. в целом и связи отдельных ее компонентов с различными характеристиками личности

Наиболее важным из полученных результатов является установление связи между способностью к Л и отношением субъекта к самому себе. Этот и ряд других аналогичных фактов, а также роль Л. в создании семьи делают проблематику Л исключительно важной для психотерапии и психологического консультирования, для воспитания и самовоспитания личности.

МАКАРЕНКО Антон Семенович (1888-1939) — педагог и деятель образования. Работал на Украине и в России. В связи с разработкой педагогической проблематики затрагивал в своих трудах ряд вопросов психологии. М. — автор концепции формирования личности в коллективе, взаимосвязь членов которого рассматривалась им как отношения «ответственной зависимости». М. исследовал мотивационную сферу личности, механизмы формирования ее общественно ценных качеств, основную роль отводя воспитанию нравственно оправданных потребностей, то есть потребностей

коллективиста. Педагогические и психологические идеи М. нашли воплощение в практике возглавлявшихся им детских воспитательных учреждений.

МАК-ДУГ АЛЛ Вильям (1871-1938) — англо-американский психолог. Автор «гормической» концепции, согласно которой инстинктивное стремление к цели (см. Инстинкт) изначально заложено в природе живого. Исходя из своей теории, М. объяснял социальное поведение людей, отстаивал на ее основании превосходство «нордической расы». Он выступал с критикой бихевиоризма и фрейдизма, обвиняя их в отрицании души как самостоятельной сущности, пытался доказать в противовес научной генетике, что приобретенные признаки передаются по наследству. Выдвинул ряд психофизиологических гипотез, в частности о торможении как «дренаже», вызывающем отток нервной системы.

МАНИПУЛИРОВАНИЕ (у животных) (от лат. *manipulatio* — ручной прием, действие) — проявления двигательной активности, охватывающие все формы активного перемещения животными компонентов среды в пространстве (в противоположность локомоции — перемещению самих животных в пространстве). У высших животных М. осуществляется преимущественно при помощи ротового аппарата и передних конечностей (обследование предметов, питание, защита, конструктивные действия и др.). М. и манипуляционное решение задач дают животному наиболее глубокие, разнообразные и существенные для психического развития сведения о предметных компонентах среды и происходящих в ней процессах. В ходе эволюции прогрессивное развитие М. играло решающую роль в развитии познавательных способностей животных и легло в основу формирования их интеллекта. У ископаемых приматов — предков человека

М., особенно «биологически нейтральными» предметами, явилось основой зарождения трудовой деятельности.

МАНИПУЛЯЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ (*manipulatio* — пригоршня, горсточка, ручной прием) — вид психологического воздействия, используемого для достижения одностороннего выигрыша посредством скрытого побуждения партнера по общению к совершению определенных действий, предполагает известный уровень сноровки и мастерства при его проведении. Стремление манипулятора к достижению одностороннего выигрыша отличает М. от внешне схожих с ней приемов косвенного воздействия, характерных для психотерапии или воспитания. Скрытым характером воздействия М. отличается от иных видов психологического вторжения — принуждения и унижения. Как правило, сокрытию подвергаются не только цели, интересы или намерения манипулятора, но также и сам факт преследования им иных, кроме декларируемых, целей. На факт квалификации воздействия как манипулятивного не влияет, организуется ли оно намеренно или возникло спонтанно, неосознанно. Побуждение партнера представляет собой привнесение дополнительного мотива в контекст желаний адресата,

навязывание мотивационной «нагрузки», в конечном итоге изменяющее его первоначальные намерения. М. п. возникает тогда, когда манипулятор придумывает за адресата цели, которым тот должен следовать, и стремится внедрить их в его психику

МАСКУЛИННОСТЬ и ФЕМИНИННОСТЬ (от лат. *masculinus* — мужской и *femininus* — женский) — нормативные представления о соматических, психических и поведенческих свойствах, характерных для мужчин и для женщин; элемент полового символизма, связанный с дифференциацией половых ролей. В дифференциальной психологии Миф — это специфические научные конструкты, связанные с конкретными психодиагностическими тестами. Некоторые черты, приписываемые Миф, являются транскультурными (например, отождествление М с силой, агрессивностью, а Ф с мягкостью и нежностью). Как системное целое, образы М и Ф. являются историческими и этноспецифическими. При изучении этих образов необходимо учитывать принципиальную асимметрию половых ролей и то, чью точку зрения (мужскую или женскую) выражает данный стереотип. Ценный вклад в разработку этой проблематики внесли представители феминистского движения

МАСЛОУ Абрахам Харольд (1908-1970) — американский психолог. Выдвинул концепцию целостного подхода к человеку (см. Целостная психология) и анализа его высших сущностных проявлений — любви, творчества, духовных ценностей и др. Согласно М., эти особенности, существуя в виде врожденных потенций, актуализируются под влиянием социальных условий. М. создал иерархическую модель мотивации («Мотивация и личность», 1954), в соответствии с которой утверждал, что высшие потребности могут направлять поведение индивида лишь в той мере, в какой удовлетворены его более низшие потребности. Порядок при этом таков: 1) физиологические потребности, 2) потребность в безопасности; 3) потребности в любви и привязанности, 4) потребности в признании и оценке, 5) потребность в самоактуализации — реализации потенций, способностей и талантов человека. Самоактуализация как способность может присутствовать у большинства людей, но лишь у небольшого меньшинства она является в какой-то степени свершившейся. Такие люди — самоактуализирующиеся личности, — являясь примером нормального развития, максимально полно воплощают человеческую сущность

МАССОВИДНЫЕ ЯВЛЕНИЯ (ситуативные синонимы, стихийное массовое поведение, коллективное поведение) — сходство психических состояний, настроения, стереотипов, установок, поведенческих реакций в рамках большой социальной группы, обусловленное механизмами заражения, внушения, подражания, конформизма (см. Конформность) эмоционального резонанса (циркулярная реакция). К М. я. относят многообразные виды поведения толпы, слухи, моду, массовые политические движения и т. д. М. я. были из числа первых феноменов, попавших в сферу интересов зарождавшейся социальной психологии. Их систематическое изучение было начато в рамках двух независимых школ, сформированных в XIX в. учеными Германии, Франции, Италии, психологии народов (М. Лапьер, Г. Штейнгалль, В. Вундт) и психологии масс (Г. Лебон, Г. Тард, С. Сигеле, В. Парето). В России конца XIX — начала XX вв. М. я. изучались М. Г. Михайловским (субъективная социология), В. М. Бехтеревым (коллективная рефлексология), А. Л. Чижевским (гелиопсихология). В настоящее время М. я. — предмет исследования психологии больших групп, политической психологии, психологии пропаганды, психологии маркетинга

МЕДИТАЦИЯ (от лат. *meditatio* — размышление) — интенсивное, проникающее вглубь размышление, погружение умом в предмет, идею и т. д., которое достигается путем сосредоточенности на одном объекте и устранения всех факторов, рассеивающих внимание, как внешних (звук, свет), так и

внутренних (физическое, эмоциональное и другое напряжение) М — прием психической тренировки, принимающий различные формы в зависимости от культурно-исторического окружения. Наибольшее число свидетельств о приемах М сохранилось на Востоке — в Индии, Китае и связанных с ними культурах В XX в методики М разрабатывались в некоторых школах психологов, в частности в аналитической психологии, а также как системы психофизической тренировки, рассчитанные на терапевтический эффект и не связанные с какими-либо религиозно-мистическими идеями (аутогенный тренинг Г Шульца, система «биологической обратной связи» и др)

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (от лат *medicus* — врачебный, лечебный) — отрасль психологии, изучающая психологические аспекты гигиены, профилактики, диагностики, лечения, экспертизы и реабилитации больных В область исследования М п входит широкий комплекс психологических закономерностей, связанных с возникновением и течением болезней, влияние тех или иных заболеваний на психику человека, обеспечением оптимальной системы оздоровительных воздействий, характером отношений больного человека с микросоциальным окружением. Структура М п. включает ряд разделов, ориентированных на исследования в конкретных областях медицинской науки и практического здравоохранения. Наиболее общим из них является клиническая психология, включающая патопсихологию, нейропсихологию и соматопсихологию Интенсивно развиваются отрасли М п, связанные с

психокоррекционной работой психогигиена, психофармакология, психотерапия, психическая реабилитация

МЕЖГРУППОВАЯ ДИСКРИМИНАЦИЯ (от лат *discriminatio* — различение) — установление различий между собственной и другой группами Нередко этот процесс приобретает ярко выраженную оценочную окраску, свойственную межгрупповому восприятию (см Восприятие межгрупповое) в целом В определенных условиях межгрупповые различия могут искусственно подчеркиваться и преувеличиваться Наиболее распространенным результатом М д является тенденция к установлению позитивно оцениваемых различий в пользу собственной группы (см Внутригрупповой фаворитизм), хотя достаточно часты и примеры обратной тенденции, т. е. установление позитивно оцениваемых различий в пользу какой-либо другой группы. В своих крайних выражениях первая тенденция может приводить к возникновению напряженности и враждебности в межгрупповых отношениях, вторая — к ослаблению внутригрупповых связей, девальвации внутригрупповых ценностей, дестабилизации и дезинтеграции группы как таковой Следует различать М д. как психологическое явление, в основе которого лежат когнитивные механизмы установления тождества и различия, и М д как социальное явление, которое, вопреки утверждениям ряда зарубежных авторов, обуславливается не психологическими, а социальными, экономическими, политическими и другими факторами

МЕЖГРУППОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ (в психологии) — совокупность социально-психологических явления, характеризующих субъективное отражение (восприятие) многообразных связей, возникающих между социальными группами, а также обусловленный ими способ взаимодействия групп. Специфика межгруппового восприятия, объектом и субъектом которого являются социальные группы, заключается: 1) в объединении индивидуальных представлений в некоторое целое, качественно отличное от составляющих его элементов; 2) в длительном и недостаточно гибком формировании межгрупповых представлений, обладающих устойчивостью к внешним влияниям, 3) в схематизации и упрощении возможного диапазона сторон восприятия другой группы. В целом межгрупповые представления отличаются ярко эмоциональной окрашенностью, резко выраженной оценочной направленностью, а потому весьма уязвимы в том, что касается их

истинности, точности и адекватности. Наиболее типичным эффектом межгруппового сравнения является тенденция к завышенной оценке достоинств своей группы, выражающаяся в стремлении всячески благоприятствовать ее членам в противовес членам «чужих» групп (эффект межгрупповой дискриминации) и нередко сопровождающаяся недооценкой последних (внутригрупповой фаворитизм). Несколько менее распространена обратная тенденция

— установление позитивно оцениваемых различий в пользу какой-либо другой группы, которой отдается предпочтение перед собственной В своих крайних выражениях первая тенденция может приводить к возникновению напряженности и враждебности в М о, вторая — к ослаблению внутригрупповых связей, девальвации внутригрупповых ценностей, дестабилизации и дезинтеграции группы как таковой

МЕЖЛИЧНОСТНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ — см Межличностные отношения.

МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ — субъективно переживаемые взаимосвязи между людьми, объективно проявляющиеся в характере и способах взаимных влияний, оказываемых людьми друг на друга в процессе совместной деятельности и общения. М. о — это система установок, ориентации, ожиданий, стереотипов и др. диспозиций, через которые люди воспринимают и оценивают друг друга. Эти диспозиции опосредствуются содержанием, целями, ценностями и организацией совместной деятельности и выступают основой формирования социально-психологического климата в коллективе.

МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ВЫБОРОВ МОТИВАЦИЯ (мотивационное ядро выборов)

— система мотивов, образующая психологическую основу индивидуальной предпочтительности. Анализ М в. м позволяет определить психологические причины, по которым индивид готов осуществить эмоциональный и деловой контакт с одними

членами группы и отвергает других Выявление мотивов социометрических (см Социометрия) и референтометрических (см Референтность) выборов дает возможность раскрыть содержательную сторону процессов групповой дифференциации и интеграции. Характер М в м определяется путем соотнесения ранжированного ряда межличностных предпочтений индивида с ранжированием им членов группы по различным основаниям. Экспериментально доказано, что особенности М. в. м. членов группы могут служить показателем уровня развития ее как коллектива. В диффузных сообществах (см. Группа диффузная) при выборе партнера для взаимодействия и общения члены группы исходят, как правило, из эмоционально-личностных симпатий и антипатий, ориентируются скорее на внешние стороны выбираемого В коллективе межличностные выборы обусловлены ориентацией преимущественно на моральные и деловые качества партнера, т. е. на его личностные особенности, формирующиеся и проявляющиеся в совместной деятельности.

МЕЖЭТНИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ — субъективно переживаемые отношения между людьми разных национальностей, этническими общностями В социальной психологии и этнопсихологии выделяются два уровня М. о. — личностный и групповой. Такие отношения складываются в разных сферах жизни — в области политики, трудовой деятельности, быта, семьи, дружеского, неформального общения Характер М. о. (дружественный, нейтральный, либо конфликтный) складывается в зависимости от исторического прошлого, социально-политической обстановки в той или иной стране, от экономических и культурно-бытовых условий жизни, непосредственной конкретной ситуации или заинтересованности в общении. На личностном уровне он зависит от индивидуально-психологических качеств людей. М. о. проявляются в установках и ориентациях на межэтнические контакты в разных сферах взаимодействия, в национальных стереотипах, в

настроении и поведении, поступках людей и конкретных этнических общностей. Межэтнические установки и ориентации формируются в процессе социализации личности, в семье, учебных заведениях, коллективах, в ходе соседского и дружеского общения. М. о. содержат в себе рациональные, когнитивные элементы, эмоционально-оценочные и регулятивные компоненты. Чрезвычайно важную роль в развитии М. о. играют национальные интересы, осознаваемые народом и личностью потребности в национальном, этническом развитии. Изучение М. о. приобретает особую актуальность в условиях многонациональной страны.

МЕЙЕРСОН Иньянс (1888-1983) — французский психолог. В первый период деятельности занимался проблемами зоопсихологии и патопсихологии. В дальнейшем создал школу, носящую его имя (Сравнительно-историческая психология И Мейерсона). В работе «Психологические функции и произведения» (1948) М развивал принцип историзма применительно к генезису и развитию личности, проявлениям психических функций как их объективации в продуктах культуры (нравственности, праве, религии, научном и мифологическом мышлении, философии, технике и т д), в которых материализуются и кристаллизуются различные аспекты исторически развивающейся человеческой психики. По мнению М., труд, будучи психологической функцией, является основой всех человеческих творений.

МЕЛАНХОЛИК (от греч. (melanos) — черные, cholc — желчь) — субъект, обладающий одним из четырех основных типов темперамента, характеризующимся низким уровнем психической активности, замедленностью движений, сдержанностью моторики и речи, быстрой утомляемостью. М. отличаются высокая эмоциональная сгзитивность, глубина и устойчивость эмоций при слабом их внешнем выражении, причем преобладают отрицательные эмоции. При неблагоприятных условиях у М. может развиваться повышенная эмоциональная ранимость, замкнутость, отчужденность (см. Отчуждение). И. П. Павлов считал, что у представителей меланхолического темперамента преобладает тормозной процесс при слабости как возбуждения, так и торможения.

МЕНЧИНСКАЯ Наталья Александровна (1905-1984) — российский психолог. Основная область исследования — педагогическая психология. М изучались закономерности усвоения знаний, обоснованы аффективные приемы работы над учебным материалом, разрабатывалась проблема предупреждения и преодоления неуспеваемости в школе, вопросы методики и психологии обучения арифметике («Очерки психологии обучения арифметике», 1955).

МЕРЛИН Вольф Соломо-нович (1892-1982) — российский психолог. Занимался проблемами дифференциальной психологии и психофизиологии. Выдвинул принцип «много-многозначной зависимости» психических явлений от физиологических, который позволил раскрыть сложный, опосредованный характер взаимоотношений между различными уровнями организации индивидуальных особенностей личности — нейродинамическим, психодинамическим и личностным. Исследования в этой области привели к созданию концепции темперамента человека («Очерк теории темперамента», 1964; «Очерк интегрального исследования индивидуальности», 1986).

МЕСМЕР Франц Антон (1734-1815) — австрийский врач. Полагая, что планеты оказывают воздействие на людей посредством магнитных сил, выдвинул представление о «животном магнетизме» как особой естественной силе, «заряжаясь» которой от планет и излучая ее на других людей, человек способен воздействовать (см. Воздействие) на течение их физиологических процессов и изменение поведения. Разработанное на этой основе учение, получившее название «месмеризм», способствовало формированию научных представлений о гипнозе.

МЕТАПСИХОЛОГИЯ (от греч meta — после, за, через, над и психология — наука о психике^ — 1) в буквальном и наименее распространенном значении

— теория (или система), предметом исследования которой является теория психологии (или системы и понятия психологии); 2) введенное З. Фрейдом понятие, которым он на протяжении ряда лет именовал свою психоаналитическую теорию (см. Психоанализ, Фрейдизм); 3) в наиболее распространенном смысле — термин З. Фрейда для обозначения психоаналитической психологии, описывающей психические процессы в динамическом, топическом (топографическом) и экономическом (энергетическом) отношениях; 4) в психоаналитической традиции понятие М. зачастую используется как синоним понятий «общая теория», «психоаналитическая теория», «теория (учение) Фрейда» и др. ; 5) в современном психоанализе М. понимается и трактуется преимущественно как минимальное количество допущений, на которых основывается система психоаналитической теории (Д. Рапапорт и др.) или как совокупность различных точек зрения и подходов, комплексное и корректное использование которых позволяет понимать психические события и импульсы, инициировавшие их (Р. Гринсон и др.). Современная психоаналитическая М. включает в себя 6 планов анализа психических явлений: динамический, топический, экономический, генетический (ввели Г. Гартман, Е. Крис, Р. Левенштейн и др.), структурный (ввели Дж. Арлоу, С. Бренер, Д. Рапапорт и др.) и адаптивный (ввели Д. Рапапорт, Партманн и др.).

МЕТОД ПРОБ И ОШИБОК — способ выработки новых форм поведения в проблемных ситуациях М. п. и о., широко используемый бихевиоризмом, для объяснения научения как вероятностного процесса, получил распространение в психологии после работ Э. Л. Торндайка, согласно которым слепые пробы, ошибки и случайный успех, закрепляющий удачные пробы, определяют путь приобретения индивидуального опыта у животных и человека. Тем самым была выделена согласованность поведения со средой на вероятностной основе, что позволило при интерпретации категории действия выйти за пределы жесткой альтернативы: либо механистической, либо телеологической его трактовки. Гештальт-психология подвергла М. п. и о. критике, противопоставив ему решение проблемы путем инсайта. Непродуктивность и теоретическая слабость такого противопоставления была показана И. П. Павловым. Свое значение М. п. и о. сохранил лишь в узкой сфере искусственно создаваемых ситуаций; в частности, он вошел в состав конструктивных принципов кибернетических устройств.

МЕТОД СВОБОДНЫХ АССОЦИАЦИЙ (от лат. associatio — соединение, присоединение) — исследовательский, диагностический и терапевтический прием психоанализа З. Фрейда.

Основан на использовании феномена ассоциативности мышления (см. Ассоциация) для познания глубинных (преимущественно бессознательных) психических процессов и явлений и применения полученной информации для коррекции и лечения функциональных расстройств психики, посредством осознания пациентами причин, источников и характера их проблем.

Особенностью М. с. а. является совместная, осознанная и целенаправленная борьба психоаналитика (врача, психотерапевта) и пациента против состояния психического дискомфорта или (и) заболевания.

МЕТОД СЕМАНТИЧЕСКОГО ДИФФЕРЕНЦИАЛА (от греч. semantikos — обозначающий и лат. differentia — разность) — один из методов построения субъективных; семантических пространств. Предложен американским психологом Ч. Осгудом в 1952 г. и применяется в исследованиях, связанных с восприятием и поведением человека, с анализом социальных установок и личностных смыслов, в психологии и социологии, в теории массовых коммуникаций и рекламе, а также в эстетике. М. с. д. является комбинацией метода контролируемых ассоциаций и процедур шкалирования; при этом измеряемые объекты (понятия, изображения, персонажи и т. д.) оцениваю 1ся по ряду биполярных градуальных (трех-, пяти-, семибалльных) шкал, полюса

которых обычно задаются вербально Наряду с вербальными разработаны невербальные семантические дифференциалы, где в качестве полюсов шкал используются графические оппозиции, живописные картины, фотопортреты

МЕТОД СЕМАНТИЧЕСКОГО РАДИКАЛА (от греч. *semantikos* — обозначающий и лат. *radicalis* — коренной) — один из объективных методов экспериментальной семантики, разработанный А. Р. Лурия и О. С. Виноградовой (1959) и состоящий в анализе значений путем выделения их ассоциативных полей. М. с. р. относится к числу условнорефлекторных (см. Условный рефлекс) методик, использующих в качестве критерия семантической близости объектов перенос условнорефлекторной реакции с одного объекта на другой, семантически с ним связанный. Так, при предъявлении ряда понятий (например, скрипка, мандолина) определенного семантического класса (музыкальные инструменты), сопровождаемых отрицательным подкреплением — ударом электрического тока, дальнейшее предъявление понятий, семантически связанных с подкрепляемыми, вызывает оборонительную реакцию, а более косвенно связанных с подкрепляемыми (соната, концерт) — ориентировочную реакцию. На основе записи реакций строится семантическое поле объектов, связанных с подкрепляемыми, причем по силе и характеру реакции (оборонительная или ориентировочная) можно выделить центр и периферию семантического поля. Генерализация условнорефлекторной реакции в норме осуществляется по семантическим связям (скрипка — виолончель), а для умственно отсталых — по фонетическим (скрипка — скрепка)

Метод применим для исследования неосознаваемых процессов при категоризации, для исследования развития значения в онтогенезе, при изучении динамики формирования понятий, в общей, нейро- и патопсихологии.

МЕТОДОЛОГИЯ (от греч. *methodos* — путь исследования или познания, *logos* — понятие, учение) — система принципов и способов организации и построения теоретической и практической деятельности, а также учение об этой системе. М. воплощается в организации и регуляции всех видов человеческой деятельности, не только научной, но и технической, педагогической, политической, управленческой, эстетической и др. Прогресс М. был обусловлен успехами материального и духовного производства. М. существенно обогатилась в связи с общим развитием социальной практики и науки. М. носит всеобщий характер, но она конкретизируется применительно к различным сферам практической и теоретической деятельности. Одной из таких сфер является психика, исследование которой предполагает разработку соответствующих методов. Поэтому М., функционируя в качестве общей системы объяснительных принципов и регулятивов, применяется в психологии соответственно своеобразию ее предмета, что требует разработки и применения специальной конкретно-научной М. В современных условиях, для которых характерно непосредственное взаимодействие множества научных направлений и специальностей, большую остроту приобретает вопрос о так называемых общенаучных методах, обеспечивающих приращение знаний во многих дисциплинах. Таковы, например, методы кибернетики, использование которых в психологии обогатило ее новыми подходами и решениями. Многообразие методов неизбежно порождает проблему выбора наиболее адекватных и перспективных из них для решения специальных исследовательских задач. Это побуждает рассматривать М. с точки зрения ее эвристичности, т. е. способности обеспечить появление новых идей в конкретных проблемных ситуациях. Область М. включает обширный комплекс конкретно-научных приемов исследования: наблюдение, эксперимент, моделирование и др., которые в свою очередь преломляются во множестве специальных процедур — методиках получения научных данных.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ — совокупность способов и приемов изучения психологических проявлений личности человека. По форме и

условиям проведения различают: экспериментальные и не экспериментальные (например, анализ биографий и т. п.), лабораторные и клинические, прямые и косвенные, исследовательские и обследовательские (психодиагностические) М. и. л. Дифференциация М. и. л. по содержанию определяется принципами интерпретации предмета психологии личности. В зависимости от доминирующего аспекта рассмотрения выделяются М. и. л.:

- 1) как индивидуальности;
- 2) как субъекта социальной деятельности и системы межличностных отношений;
- 3) как идеальной представленности в других людях.

Соответственно первому аспекту выделяются субъектная и объектная ориентация в построении М. и. л. Субъектная ориентация представлена проективными (см. Гесты проективные) и психосемантическими методиками (см. Метод семантического дифференциала; Метод семантического радикала), направленными на характеристику основных образующих индивидуального сознания — смыслов и значений. Объектная ориентация, исходящая в основном из теории черт личности, представлена личностными опросниками (см. Опросники личностные), шкалами межличностного восприятия (см. Восприятие межличностное), приемами оценки развития интеллектуальных качеств и обучаемости индивида, совокупностью ряда приемов оценки психофизиологических параметров индивида. Определенное единство субъектных и объектных исследовательских ориентации достигается в рамках деятельностной трактовки личности, исходящей из взаимосвязи стабильного и динамического в сознании и деятельности (генетические методы изучения развивающейся личности (см. Эпистемология генетическая), методы исследования установок и диспозиций личности, надситуативной активности (см. Активность надситуативная), уровня притязаний и т. д.). В отечественной психологии показано, что данные, полученные в результате исследования личности как индивидуальности, не могут быть непосредственно перенесены на характеристики личности как субъекта межличностных отношений — индивидуально-типическое выступает существенно по-разному в зависимости от уровня развития той общности, в которой интегрирована личность. В связи с этим (второй аспект) используются социально-психологические методы исследования личности в группах и коллективах (социометрия, референтометрия, приемы изучения ролевого поведения и др.) В третьем аспекте построения и использования Мил личность выступает как внутри, так и за пределами межиндивидуального взаимодействия (идеальная продолженность субъекта в других людях — персонализация) и т. п. В рамках указанной ориентации складывается особый принцип исследования личности' метод отраженной субъектности (анализ личности

индивида через его представленность в жизнедеятельности других людей, в их мотивациях и т. п) МЕТОДЫ ПСИХОГЕНЕТИКИ (от греч *psyche* — душа, *genos* — происхождение)

— методы, позволяющие определить влияние наследственных факторов и среды на формирование тех или иных психических особенностей человека. Наиболее информативным является метод близнецов. Он основан на том, что монозиготные (однородные) близнецы имеют идентичный генотип, дизиготные (двухродные) — неидентичный, при этом члены близнецовых пар любого типа должны иметь сходную среду воспитания

МИД Джордже Герберт (1863-1931) — американский философ, социолог, социальный психолог. Вслед за У. Джеймсом и ДжДьюи выражал идеи прагматизма, подчеркивая, что сознание имеет инструментальную природу, т. е. является средством приспособления индивида к среде. В то же время полагал, что человеческое «Я» изначально социально и формируется в ходе социального взаимодействия. Решающее значение при этом принадлежит овладению системой символов и принятию на себя роли другого (что

достигается ребенком в ходе игры), а в дальнейшем — «обобщенного другого» Высшей стадией социализации, согласно М, является формирование социального рефлексивного «Я», отражающего совокупность межиндивидуальных взаимодействий и способного становиться объектом для самого себя На этой стадии внешний социальный контроль «врастает» в личность изнутри и приобретает форму внутреннего самоконтроля Концепция М оказала значительное влияние на развитие социальной психологии, в частности, заложив основы символического интеракционизма (Со знание, личность и общество», 1934)

МИД Маргарет (1901-1978) — американский социолог и этнограф Используя обширный материал этнографических исследований, изучала роль соотношения естественных и социокультурных факторов в формировании определения типов личности, особое внимание уделяя социализации личности ребенка в различных культурах (см. Социогенез), разрабатывала проблему национального характера (в частности, русского) и другие вопросы этнопсихологии ("Преемственность в развитии культуры», 1964)

МИЛЛЬ Джон Стюарт (1806-1873) — английский философ и психолог. Один из лидеров эмпирической психологии (см. Ассоцианизм) Считал, что при объяснении сознания следует ориентироваться не на механику, а на химию, поскольку элементы сознания не существуют изолированно, а благодаря ассоциации дают продукты, обладающие качествами, которых нет у исходных компонентов М полагал, что каждое новое качество невыводимо посредством зияния всеобщих законов из исходных, но может определяться только на основе опыта, индукции («Система логики», 1843) В теории восприятия руководствовался идеей о том, что константности» (которая не может быть объяснена из ощущений, поскольку они всегда «текучи») возникает в силу постоянной возможности ощущений, создающей веру в существование независимого от них внешнего мира Большое влияние на экспериментальную психологию оказали работы М. по методологии науки

МИМИКА — см Выразительные движения

МИННЕСОТСКИЙ МНОГОФАЗНЫЙ ЛИЧНОСТНЫЙ ОПРОСНИК (ММРП)

— метод, психодиагностического исследования индивидуальных особенностей и психических состояний pu4?t0cmu, относящийся к категории личностных опросников (см Опросники личностные) Разработан в конце 40-х гг американскими учеными С Хатеуэнем и Дж Манкинли как метод клинического изучения синдромов патохарактерологического развития личности Тест содержит 3 оценочных и 10 базисных шкал. К оценочным относятся шкала «лжи» (искренность ответов испытуемого), достоверности результатов, коррекции (неосознаваемый контроль поведения) Названия базисных шкал отражают первоначальную клиническую направленность метода 1 — ипохондрия, 2 — депрессия, 3 — истерия, 4 — психопатия, 5 — мужественность — женственность, б — паранойальность, 7 — психастения, 8 —

шизоидность, 9 — гипомания, 10 — социальная пнтроверсия (см Экстпращерсия — интроверсия) Соотношение показателей каждой из шкал образует профиль личности, диагностическое значение к-рого, не сводящееся к интерпретации отдельно взятых шкал, определяется содержательным анализом комбинации показателей по различным шкалам, что требует от экспериментатора не только большого опыта, но и особого искусства интерпретирования профиля В мировой практике помимо десяти базисных разработано еще более 200 дополнительных шкал, фиксирующих широкий круг индивидуально-психологических свойств личности В отечественной психологической науке проведена адаптация и рестандартизация методики с учетом специфики социокультурных условий, возможностей ее распространения на контингент психически здоровых лиц, а также использования сокращенного варианта теста. В результате созданы

Модифицированный метод исследования личности — ММИЛ (Ф Б Березин, М П Мирошников и др), Стандартизированный метод исследования личности — СМИЛ (Л Н Собчик), Стандартизированный клинический личностный опросник — СКЛО (Ленинградский психоневрологический институт им В М. Бехтерева) и др.

МНЕМОНИКА (мнемотехника) (от греч *mnemonic* — искусство запоминания) — система различных приемов, облегчающих запоминание и увеличивающих объем памяти путем образования дополнительных ассоциаций. Один из приемов М — установление связей между запоминаемыми объектами и их мысленным размещением в воображаемом, хорошо знакомом пространстве, разделенном по определенному принципу. Примером мнемонического приема может служить также запоминание последовательности цветов в спектре с помощью фразы, в которой первые буквы слов соответствуют первым буквам названий цветов («Каждый охотник желает знать, где сидят фазаны»)

МОДАЛЬНОСТЬ (от лат. *modus* — способ) — одно из основных свойств ощущений, их качественная характеристика (цвет — в зрении, тон и тембр — в слухе, характер запаха — в обонянии и т. п.). Модальные характеристики ощущений, в отличие от других их характеристик (пространственных, временных, интенсивностных), отражают свойства объективной реальности в специфически закодированной форме (длина световой волны отражается как цвет, частота звуковых волн — как тон и т. д.) Понятие М. наряду с ощущениями относится и ко многим другим психическим процессам, описывая качественные характеристики когнитивных (познавательных) образов любого уровня и сложности

МОДЕЛИРОВАНИЕ (в психологии) (от франц *modele* — образец) — исследование психических процессов и состояний при помощи их реальных (физических) или идеальных, прежде всего математических, моделей. Под «моделью» при этом понимается система объектов или знаков, воспроизводящая некоторые существенные свойства системы-оригинала. Наличие отношения частичного подобия («гомоморфизм») позволяет использовать модель в качестве заместителя или представителя изучаемой системы. Относительная простота модели делает такую замену особенно наглядной. Создание упрощенных моделей системы — действенное средство проверки истинности и полноты теоретических представлений в разных отраслях знания.

МОДИФИКАЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ (от лат *modificatio* — изменение) — предложенный американскими психологами, сторонниками бихевиоризма, метод регулирования социального поведения. Использовался сначала как клинический метод психотерапии для лечения неврозов, затем стал применяться в отношении психически здоровых людей с целью выработки у них механических привычек, обеспечивающих их адаптацию к неприемлемым для них условиям жизни. Жертвами такой формы М. п. часто становятся политические заключенные.

МОЗГ — центральный отдел нервной системы человека и животных, главный орган психики. У позвоночных и человека анатомически различают спинной М (находится в позвоночном канале) и головной М (в черепной коробке). М. покрыт тремя оболочками — твердой, паутинной, сосудистой. Ткань М состоит из серого (скопление нервных клеток) и белого (скопление главным образом отростков нервных клеток) вещества.

Спинной М. делится на 4 отдела: шейный, грудной, поясничный и крестцовый, а также на сегменты (всего насчитывается 31—33 сегмента). Продолжением спинного М в полости черепа является продолговатый М. Головной М. состоит из ствола и большого (конечного) М. Последний разделяется продольной щелью на два полушария: правое и левое. Основную массу полушарий большого М. составляют подкорковые (или базальные) ядра, а также

подкорковое белое вещество Полушария большого М. покрыты слоем серого вещества — коры головного М. С точки зрения психологии нельзя говорить о «локализации» отдельной психологической функции в том или ином участке М. Психологические функции представляют собой функциональные системы, реализуемые совместной работой ансамбля мозговых зон. При этом в головном М человека выделяется три основных блока. 1) блок тонуса коры (энергетический блок М), источниками тонуса являются как приток информации из внешнего мира, так и импульсы из внутренней среды, 2) блок приема, переработки и хранения информации включает в свой состав аппараты, расположенные в задних отделах коры головного М, и, в отличие от аппаратов первого блока, имеет модально-специфический характер (зрительная, слуховая или тактильная информация), каждая зона коры, входящая в состав этого блока, построена иерархически, включает три уровня: первичные зоны осуществляют функцию раздробления (анализа) поступающей информации, вторичные зоны несут функцию объединения (синтеза) или сложной переработки доходящей до субъекта информации; третичные зоны служат для объединения информации, поступающей от отдельных анализаторов, 3) блок программирования, регуляции и контроля деятельности включает аппараты, расположенные в передних отделах больших полушарий, ведущее место в нем занимают лобные отделы большого М. Этот блок также построен иерархически: первичные двигательные поля несут импульсы к определенным группам мышц, вторичные (премоторная область) подготавливают пуск двигательных импульсов и обеспечивают выполнение сложных двигательных (кинетических) «мелодий» (двигательных навыков), третичные отделы лобной коры (хорошо развиты только у человека) играют решающую роль в создании намерений, формировании программы действий, которые осуществляют эти намерения, и контроле деятельности (см также Асимметрия Функциональная головного мозга).

МОЗГОВАЯ АТАКА (брейн-шторминг) (от англ. brain storming — шторм мозга) — методика стимуляции творческой активности и продуктивности, исходящая из предположения, что при обычных приемах обсуждения и решения проблем возникновению новаторских идей препятствуют контрольные механизмы сознания, которые сковывают поток этих идей под давлением привычных, стереотипных форм принятия решений. Тормозящее влияние оказывают также боязнь неудачи, страх оказаться смешным и др. Чтобы снять действие этих факторов, проводится заседание группы, каждый из членов которой высказывает на предложенную тему любые мысли, не контролируя их течение, не оценивая их как истинные или ложные, бессмысленные или странные и т. п., стремясь при этом побуждать других к подобным свободным ассоциациям идей. После первого тура «атаки на мозг» общая масса высказанных идей анализируется в расчете на то, что среди них окажется по меньшей мере несколько, содержащих наиболее удачные решения. Методика М а широко применялась в 50-х гг в таких странах, как США, Франция, преимущественно при обсуждении технологических задач, а также проблем планирования и прогнозирования. Практика использования этой методики привела к скептическим оценкам ее эффективности, а экспериментально-психологическая проверка не подтвердила ее преимуществ при решении творческих задач.

МОРЕНО Якоб (Джекоб) Леви (1892-1974) — американский психиатр, социальный психолог. Изучая с позиций, близких гештальт-психологии и психоанализу, процессы в малой группе (см. Группа малая), отражающей неформальную микроструктуру общества, показал, что психическое благополучие личности определяется ее местом в системе межличностных отношений. Для выявления скрытой от внешнего наблюдателя структуры этих отношений, определяющейся эмоциональными связями, взаимными симпатиями и антипатиями, притяжениями и отталкиваниями, разработал

метод социометрии. Получение в результате использования этого метода формализованной структуры межличностных отношений имеет не только диагностическое значение, но служит также основой для коррекционной работы, способствуя разрешению личностных конфликтов путем целенаправленного изменения положения личности в системе межперсональных отношений. Как диагностическое, так и коррекционное значение имеют также разработанные М. методы социогаммы и психогаммы, использующиеся в современной групповой психотерапии и социально-психологическом тренинге.

МОТИВ (от лат *movere* — приводить в движение, толкать) — 1) побуждения к деятельности, связанные с удовлетворением потребностей субъекта; 2) предметно-направленная активность определенной силы, 3) побуждающий и определяющий выбор направленности деятельности предмет (материальный или идеальный), ради которого она осуществляется, 4) осознаваемая причина, лежащая в основе выбора действий и поступков личности В психологии выделен ряд особенностей природы и функций М. в регуляции поведения субъекта побудительная и направляющая функции М (психоанализ, бихевиоризм, динамическая психология, теория «поля» К. Левина (см Топологическая психология, этология), детерминация поведения человека не-осознаваемыми М (психоанализ), иерархия М. (психоанализ, «гуманистическая психология.» и др), целенаправленность активности (теория деятельности), стремление к равновесию и напряжению как механизмы динамики М Развитие М. происходит через изменение и расширение круга деятельности, преобразующей предметную действительность. У животных диапазон объектов, выступающих в качестве М., дан от природы и ограничен специфичным для каждого биологического вида кругом приспособительных форм деятельности У человека же источником развития М является процесс общественного производства материальных и духовных ценностей. В качестве таких потенциальных М в онтогенезе выступают присущие данному обществу объективные ценности, интересы и идеалы, которые в случае их интериоризации личностью могут приобрести побудительную силу и стать реально действующими М Эти М. выполняют функцию смыслообразования, т .е. придают отражаемой в индивидуальном сознании действительности личностный смысл

МОТИВАЦИЯ — побуждения, вызывающие активность организма и определяющие ее направленность Термин «М», взятый в широком смысле, используется во всех областях психологии, исследующих причины и механизмы целенаправленного поведения человека и животных. По своим проявлениям и функции в регуляции поведения мотивирующие факторы могут быть разделены на три относительно самостоятельных класса. При анализе вопроса о том, почему организм вообще приходит в состояние активности, анализируются проявления потребностей и инстинктов как источников активности. Если изучается вопрос, на что направлена активность организма, ради чего произведен выбор именно этих актов поведения, а не других, исследуются прежде всего проявления мотивов как причин, определяющих выбор направленности поведения При решении вопроса о том, как, каким образом осуществляется регуляция динамики поведения, исследуются проявления эмоций, субъективных переживании (стремлений, желаний и т п.) и установок в поведении субъекта

МОТИВИРОВКА — рациональное объяснение субъектом причин действия посредством указания на социально приемлемые для него и его референтной группы (см Группа референтная) обстоятельства, побудившие к выбору данного действия М отличается от действительных мотивов поведения человека и выступает как одна из форм осознания этих мотивов. С помощью М. личность иногда оправдывает свои действия и поступки, приводя их в соответствие с нормативно задаваемыми обществом способами поведения в

данных ситуациях и своими личностными нормами. М может иногда сознательно использоваться субъектом для маскировки действительных мотивов его поведения (см Защита психологическая)

МУЗЫКАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ — отрасль психологии искусства, изучающая воздействие музыки на человека и его активную музыкальную деятельность. М п исследует проблемы процессов формирования, развития и определения музыкальных способностей; психологических механизмов сочинения, исполнения, восприятия и обучения музыке; применения музыки как массового средства коммуникации (в концертах, спектаклях, кино, на телевидении, радиовещании), влияние функциональной музыки на производительность труда, лечебного воздействия музыки на человека (см. Музыкотерапия), профессиональной деятельности музыканта его обучение, воспитание профессиональных и артистических качеств (умение общаться с публикой и воздействовать на нее), эстетической, нравственной и воспитательной роли музыки в формировании подрастающих поколений, влияния музыки на повышение творческого потенциала личности. Одним из направлений М п является психология музыкальной деятельности, которая изучает основные ее виды слушание (восприятие), исполнение, сочинение и преподавание музыки

МУЗЫКАЛЬНЫЕ СПОСОБНОСТИ — индивидуально-психологические особенности личности, в структуре которых выделяют общие и специальные способности. Б М Теплое к основным М с, необходимым для всех видов музыкальной деятельности, относил" ладовое чувство — способность пересекать отношения между звуками как выразительные и содержательные; музыкально-слуховые представления — способность прослушивать «в уме» ранее воспринятую музыку, составляющую основу для музыкального воображения, формирования музыкального образа и развития музыкального мышления, музыкально-ритмическое чувство — способность воспринимать, переживать, точно воспроизводить и создавать новые ритмические сочетания К общим М. с. относятся музыкальная память и психомоторные способности.

МУЗЫКОТЕРАПИЯ — использование музыки для лечения больных с расстройствами нервной системы В древности и в средние века вера в целебное воздействие музыки была исключительно велика. Об этом говорят литературные и медицинские свидетельства излечения хореомании (пляски святого Витта) с помощью музыки С середины XX в. возрождается интерес к М — в ряде стран возникают лаборатории и институты, где изучается влияние музыки на больных с нервно-психическими заболеваниями

МЫШЕЧНОЕ ЧУВСТВО — комплекс ощущений, возникающих благодаря работе мышечной системы организма Понятие о М ч введено ИМ Сеченовым, который трактовал его как особую форму познания пространственно-временных отношений окружающей среды, а не как отражение состояний самой мышечной системы (см Рецептор) Слабая осознаваемость сигналов М ч , его «темнота» дали, согласно Сеченову, повод Канту считать пространство и время априорными формами созерцания. Вместе с тем благодаря М. ч. (предполагающему активные действия организма) человек научается сравнивать объекты, производить простейшие операции анализа и синтеза, т. е. проходит «первоначальную школу предметного мышления»

МЫШЛЕНИЕ — процесс познавательной деятельности индивида, характеризующийся обобщенным и опосредствованным отражением действительности Различают следующие виды М. словесно-логическое, наглядно-образное, наглядно-действенное. Выделяют также М. теоретическое и практическое, теоретическое и эмпирическое, логическое (аналитическое) и интуитивное, реалистическое и аутистическое (связанное с уходом от действительности во внутренние переживания), продуктивное и репродуктивное, произвольное и произвольное М часто разворачивается как процесс решения задачи, в которой выделяются условия и требования. Задача

должна быть не только понята субъектом, но и принята им, т. е. соотнесена с потребностно-мотивационной сферой (см Потребность, Мотивация) личности. Мыслительная деятельность побуждается мотивами, которые являются не только условиями ее развертывания, но и факторами, влияющими на ее продуктивность. М. человека характеризуется единством осознанного и неосознанного. Большую роль в

мыслительной деятельности играют эмоции, обеспечивающие управление поиском решения задачи. Продуктом мышления могут быть цели последующих действий. Исследования целобразования составляют важный раздел психологии М и личности. В контексте проблематики совместной деятельности и общения М. изучается в структуре межличностных отношений. М. выступает как интерпретация реакций и движений (см. Движения произвольные, Движения произвольные) другого человека, как трактовка результатов предметных действий человека и деятельности в целом, как понимание речевой продукции (устной и письменной) другого человека. М. является составной частью п особым объектом самосознания личности, в структуру которого входит понимание себя как субъекта М, дифференциация «своих» и «чужих» мыслей, осознание еще не решенной проблемы как именно своей, осознание своего отношения к проблеме. В настоящее время считается доказанным, что словесно-логическое М. является наиболее поздним продуктом исторического развития. Онтогенетическое (см. Онтогенез) развитие М. ребенка осуществляется в ходе его предметной деятельности и общения, освоения общественного опыта. Особую роль играют целенаправленные воздействия взрослого в форме обучения и воспитания. Наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое М. — последовательные стадии онтогенетического развития М

МЫШЛЕНИЕ ЖИВОТНЫХ — Существует два типа М ж.: 1) установление связей между явлениями (и предметами), непосредственно воспринимаемым животным в ходе его деятельности (например, выбор предметов, пригодных для употребления в качестве орудия), 2) установление связей между непосредственно воспринимаемыми явлениями (предметами) и представлениями (обобщенными образами), сформировавшимися в результате накопления двигательного опыта. Второй тип мышления присущ только человекообразным обезьянам

МЫШЛЕНИЕ ИНТУИТИВНОЕ — один из видов мышления. Характеризуется быстротой протекания, отсутствием четко выраженных этапов, минимальной осознанностью

МЫШЛЕНИЕ НАГЛЯДНО-ДЕЙСТВЕННОЕ — один из видов мышления, характеризующийся тем, что решение задачи осуществляется с помощью реального, физического преобразования ситуации, опробования свойств объектов. Элементарные формы М. н.-д., наблюдаемые у высших животных, изучались Ж. П. Павловым, В. Келлером, Н. Н. Ладыгиной-Коте и другими учеными. У ребенка М. н.-д. образует первую ступень развития мышления. У взрослого человека М. н.-д. сосуществует с наглядно-образным и словесно-логическим мышлением.

МЫШЛЕНИЕ НАГЛЯДНО-ОБРАЗНОЕ — один из видов мышления. Связано с представлением ситуаций и изменений в них. С помощью М. н.-о. наиболее полно воссоздается все многообразие различных фактических характеристик предмета. В образе может быть зафиксировано одновременно видение предмета с нескольких точек зрения. Важной особенностью М. н.-о. является установление непривычных, «невероятных» сочетаний предметов и их свойств. В этом своем качестве М. н.-о. практически неразлично с воображением. М. н.-о. — один из этапов онтогенетического (см. Онтогенез) развития мышления.

МЫШЛЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОЕ — один из видов мышления, который обычно сравнивают с мышлением теоретическим. М. п. связано с постановкой целей,

выработкой планов, проектов и часто разворачивается в условиях дефицита времени, что подчас делает его еще более сложным, чем мышление теоретическое.

МЫШЛЕНИЕ СИНКРЕТИЧЕСКОЕ — (от греч *synkretismos* — соединение) — детское и примитивное мышление, в котором разнородные представления недифференцированно связываются друг с Другом. До 7-8 лет синкретизм пронизывает почти все суждения ребенка. Это выражается в стремлении находить связи между самыми разнородными явлениями, создавать невероятные гипотезы о причинах событий и т. д. Например, ребенок 6 лет может заявить. «Солнце не падает, потому что жарко». Представление о том, что Солнце не падает, и о том, что оно согревает, так слиты между собой, что могут обосновать друг друга Согласно Ж Пиаже, причиной синкретизма является нерасчлененность различных типов связи явлений — причинно-следственных, атрибутивных (см. Атрибуция), отношение части и целого и т. д. Со становлением группировок умственных операций происходит овладение этими связями, и синкретизм исчезает из области непосредственных суждений о внешнем мире. Однако до формирования формальных операций в 11—12 лет синкретизм сохраняется в области вербальной мысли, оторванной от непосредственного наблюдения. Две основные формы вербального синкретизма — синкретизм рассуждения, проявляющийся во взаимном искажении высказываний, рассматриваемых вместе, и синкретизм понимания, который заключается в том, что понимание текста или фразы начинается не с анализа деталей, а с создания схемы целого, дающей смысл отдельным словам.

МЫШЛЕНИЕ СЛОВЕСНО-ЛОГИЧЕСКОЕ — один из видов мышления, характеризующийся использованием понятий, логических конструкций. М с.-л. функционирует на базе языковых средств и представляет собой наиболее поздний этап исторического и онтогенетического развития мышления. В структуре М. с.-л. формируются и функционируют различные виды обобщений.

МЫШЛЕНИЕ ТВОРЧЕСКОЕ — один из видов мышления, характеризующийся созданием субъективно нового продукта и новообразованиями в самой познавательной деятельности по его созданию. Эти новообразования касаются мотивации, целей, оценок, смыслов. М. т. отличает от процессов применения готовых знаний и умений, называемых репродуктивным мышлением (см. Творчество).

МЫШЛЕНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ — вид мышления, основанный на выделении и анализе основного исходного противоречия исследуемой ситуации или решаемой задачи. Поиск средства разрешения противоречия приводит к формированию способа действия, последний позволяет решать целые классы задач. М. т. основано на анализе внутренних характеристик изучаемых явлений, позволяет мысленно (см. Мысль) изменять объект исследования и тем самым наиболее полно изучить его, вскрыв внутренние характеристики и отношения. М. т. отличается от эмпирического М., основанного на обобщении чувственно воспринимаемых наглядно данных свойств и отношений. М. т. характерно для научной деятельности.

МЮЛЛЕР Иоганн (1801-1858) — немецкий физиолог. Автор концепции о специфической энергии органов чувств. Предпринял попытку объяснения психических процессов (восприятия, памяти, мышления, сновидений, темперамента) деятельностью головного мозга. В трактовке пространственных ощущений исходил из положения о том, что они являются прирожденными, заложенными в свойствах сетчатой оболочки глаза. Это учение является нативизмом, в данном случае противостоящим эмпиризму, отводящему главную роль индивидуальному опыту.

МЮНСТЕРБЕРГ Гуго (1863-1916) — немецко-американский психолог, представитель практической психологии (психотехники). Изучал вопросы

руководства предприятиями, профотбора, профориентации, производственного обучения, приспособления техники к психическим возможностям человека и другие факторы повышения производительности труда рабочих и доходов предпринимателей. С целью воспроизведения в лаборатории реальных жизненных ситуаций, к которым должен адаптироваться субъект труда, строил модели (карты) этих ситуаций, изображавшие в знаково-символической форме поле восприятия и действий. Занимался также вопросами гипноза и психологии свидетельских показаний.

МЯСИЩЕВ Владимир Николаевич (1892-1973) — советский психолог. Разрабатывал концепцию отношений личности, восходящую своими корнями к воззрениям А. Ф. Лазурского. Ядро личности, по М., составляет система ее отношений к внешнему миру и к самому себе.

НАБЛЮДЕНИЕ — один из основных эмпирических методов психологического исследования, состоящий в преднамеренном, систематическом и целенаправленном восприятии психических явлений с целью изучения их специфических изменений в

определенных условиях и отыскания смысла этих явлений, который непосредственно не дан Н. включает элементы теоретического мышления (замысел, система методических приемов, осмысление и контроль результатов) и количественные методы анализа (шкалирование, факторизация данных (см. Факторный анализ) и др.). Точность предустановленных рамок Н. зависит от состояния знаний в исследуемой области и поставленной задачи. В существенной степени сказывается на результатах Н. уровень опыта и квалификации наблюдателя. В психологической интерпретации поведения людей прошлый опыт наблюдателя не ограничивается его научными представлениями, но включает и его привычные стереотипы суждений, эмоциональные отношения, ценностные ориентации и т. д. Несмотря на все предосторожности, Н. всегда характеризуется некоторой субъективностью, оно может создавать установку, благоприятную для фиксации значимого факта, что порождает интерпретацию фактов в духе ожиданий наблюдателя. Отказ от преждевременных обобщений и выводов, многократность Н., контроль со стороны Других методов исследования позволяют обеспечить объективность Н.

НАВЫК — действие, сформированное путем повторения, характеризующееся высокой степенью освоения и отсутствием поэлементной сознательной регуляции и контроля. Различают Н. перцептивные, интеллектуальные, двигательные. Перцептивный Н. — автоматизированное чувственное отражение свойств и характеристик хорошо знакомого, неоднократно воспринимавшегося ранее предмета. Интеллектуальный Н. — автоматизированный прием, способ решения встречавшейся ранее задачи. Двигательный Н. — автоматизированное воздействие на внешний объект с помощью движений в целях его преобразования, неоднократно осуществлявшееся ранее. Двигательные Н. включают в себя перцептивные и интеллектуальные Н. и регулируются ими на основе автоматизированного отражения предмета, условий и порядка осуществления актов действия, направленного на преобразование реальных объектов. Различают также Н. исходно автоматизированные, формирующиеся без осознания их компонентов, и Н. вторично автоматизированные, которые формируются с предварительным осознанием компонентов действия и при необходимости легче становятся сознательно контролируемыми, быстрее совершенствуются и перестраиваются. Н. характеризуются и разной степенью обобщенности: чем шире класс объектов, по отношению к которым Н. может быть осуществлен, тем более он обобщен и лабилен.

НАВЯЗЧИВЫЕ СОСТОЯНИЯ — непроизвольные, внезапно появляющиеся в сознании тягостные мысли, представления или побуждения к действию, воспринимаемые человеком как чуждые, эмоционально-неприятные. Термин

ввел немецкий психиатр Р. Крафт-Эбинг (1868). Хотя больной часто относится к Н. с. как к болезненным и мешающим ему явлениям, бороться с ними он не в состоянии. Например, в случае навязчивого страха заражения, который сопровождается бесконечным мытьем рук, пациент понимает, что страх его нелогичен, глупо мыть руки «до дыр», ошпаривать яблоко кипятком и т. п., но делает это, дабы смягчить внутреннюю душевную напряженность, лежащую в основе Н. с. Подобные состояния выделяются в интеллектуальной, эмоциональной (фобии) и моторных сферах. Они являются основным симптомом при некоторых неврозах, встречаются также при шизофрении, психопатиях, органических поражениях мозга. Иногда они возникают у здоровых людей при утомлении, тревоге. Защитно-приспособительный механизм разнообразных навязчивостей состоит в том, что поначалу аморфная, беспредметная аффективная напряженность превращается в определенные Н. с., позволяющие больному снизить уровень внутренней напряженности, хотя само содержание Н. с. может быть очень мучительно для него. В связи с этим не рекомендуется «ломать» «навязчивые щиты» большими дозами нейролептиков (см. Психофармакология) — это способствует усилению, «выходу» чисто аффективного расстройства (острой тревоги, тоскливости). При тяжелых формах Н. с. у больных наблюдаются парадоксальные формы реагирования: максимально усиленные защитные реакции против мнимых опасностей при

резком ослаблении адекватных инстинктивных форм реагирования на реальные вредности или угрозы. Например, больные с различными Н. с. могут спокойно реагировать на обнаруженное у них злокачественное заболевание.

НАДЕЖНОСТЬ ТЕСТА — один из критериев качества теста (см. Тестирование), относящийся к точности психологических измерений. Чем больше Н. т., тем относительно свободнее он от погрешностей измерения. При одном из подходов Н. т. рассматривается как устойчивость (стабильность) результатов при повторном тестировании. При другом подходе Н. т. рассматривается как проявление степени эквивалентности двух одинаковых по форме и цели (параллельных) тестов. Определение Н. т. может быть связано и с понятием внутренней состоятельности теста. Это выражается в расчленении теста на части с последующим сопоставлением результатов частей. Н. т. определяется также методами дисперсионного и факторного анализа.

НАДСОЗНАТЕЛЬНОЕ — не поддающийся индивидуальному сознательно-волевому контролю уровень психической активности личности при решении творческих задач. Представление о специфике этого уровня было выдвинуто К. С. Станиславским, обозначавшим его термином «сверхсознание», под которым понимался высший этап творческого процесса, отличный как от его сознательных (см. Сознание), так и от бессознательных компонентов. В дальнейшем П. В. Симонов интерпретировал сверхсознание как механизм творческой интуиции, благодаря которому происходит рекомбинация прежних впечатлений, чье соответствие действительности устанавливается вторично. Применительно к процессам индивидуального научного творчества Н. представлено в их регуляции категориальным аппаратом познания, который не осознается самим ученым, поглощенным предметом исследования, но объективная логика развития которого отражается в его гипотезах и идеях. Понятие предложено М. Г. Ярошевским.

НАМЕРЕНИЕ — сознательное стремление завершить действие в соответствии с назначенной программой, направленной на достижение предполагаемого результата. Н. — особое функциональное образование психики, возникающее в итоге акта целеполагания и предполагающее выбор соответствующих средств, с помощью которых человек собирается достичь поставленной цели. В условиях ожидания осуществления сложных, длительных, непривычных или трудных действий Н. выступает как момент внутренней подготовки к их

исполнению (см. Воля).

НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ — совокупность устойчивых мотивов, ориентирующих деятельность личности и относительно независимых от наличных ситуаций. Н. л. характеризуется ее интересами, склонностями, убеждениями, идеалами, в которых выражается мировоззрение человека (см. Личность).

НАПРЯЖЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКАЯ — психическое состояние, обусловленное предвосхищением неблагоприятного для субъекта развития событий. Н. п. сопровождается ощущением общего дискомфорта, тревоги, иногда страха, однако, в отличие от тревоги, включает в себя готовность овладеть ситуацией, действовать в ней определенным образом. Степень Н. п. определяется многими факторами, важнейшими из которых являются сила мотивации, значимость ситуации (см. Личностный смысл), наличие опыта подобных переживаний, ригидность (негибкость) психических функциональных структур, вовлеченных в тот или иной вид деятельности. Среди факторов, порождающих Н. п., наибольшее значение имеют фрустрации и конфликты в сфере значимых отношений личности и ее социального окружения. Когда Н. п. не может быть разрешена в реальной деятельности, она активизирует механизмы психологической защиты (см. Защита психологическая). В ряде интерпретаций Н. п. совпадает с понятием психологического стресса.

НАРКОМАНИЯ — (от греч. narke — оцепенение и mania — страстное влечение) — заболевание, возникающее в результате употребления наркотических средств, вызывающих в малых дозах эйфорию, в больших — оглушение, наркотический сон. Характеризуется непреодолимым влечением к приему наркотиков, тенденцией к повышению употребляемых доз, формированием абстинентного синдрома (см. Абстиненция), психической и физической зависимостью. По мере развития болезни нарастают личностные изменения наркомана, отмечаются проявления социальной и психической деградации, появляются признаки физического неблагополучия — соматовегетативные расстройства, раннее одряхление. В этой группе людей часты самоубийства.

НАСТРОЕНИЕ — сравнительно продолжительные, устойчивые эмоциональные состояния умеренной или слабой интенсивности, проявляющиеся в качестве общего фона психической жизни индивида и обеспечивающие преобладание в ней эмоций определенной модальности (ср. радостное, унылое, насмешливое Н.). Обычно Н. формируются под влиянием отдельных жизненных событий — удач, встреч, принятых решений и т. п., но в отличие от ситуативных эмоций и аффектов, Н. представляют собой эмоциональную реакцию не на непосредственные последствия таких событий, а на их значение в контексте более общих жизненных планов, интересов и ожиданий человека. Поэтому Н. не предметны, а личностны, отличаются инертностью, диффузностью, отсутствием направленности на конкретные явления, обобщенной адресованностью ко всей жизни, к Другим людям или своей судьбе. Влияя на характер и интенсивность непосредственных эмоциональных реакций по поводу происходящих событий, сформировавшиеся Н. функционально проявляются в качестве механизма фоновой регуляции деятельности, способного изменять восприятие (см. Перцепция социальная), направление мыслей и поведение человека. Как сами Н., так и их причины человеком могут осознаваться с разной степенью отчетливости — от субъективно не рефлексируемого эмоционального фона активности до четко идентифицируемых состояний. Умение контролировать свои Н., находить и усваивать способы их сознательной коррекции (см. Саморегуляция) выступает важной задачей воспитания и самовоспитания. Беспричинные колебания Н. могут иметь патологическое происхождение (см. Депрессия, Эйфория) и быть обусловлены природной конституцией человека (см. Акцентуация характера. Психопатии).

НАСТРОЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ — преобладающее состояние чувств и умов тех или иных социальных групп в течение определенного времени. Н. о. представляет собой не только самое массовидное явление социальной психологии, но и одну из наиболее значительных сил, побуждающих людей к деятельности, накладывающих отпечаток на поведение различных коллективов, групп, слоев общества, а также классов, наций и даже народов.

НАУЧЕНИЕ — процесс и результат приобретения индивидуального опыта. Понятие «Н.» первоначально возникло в зоопсихологии в работах американского психолога Э.Л.Горндайка и др. Н. отличается от учения как приобретения опыта в деятельности, направляемой познавательными мотивами и целями (или только мотивами). Путем Н. может приобретаться любой опыт (знания, умения и навыки) у человека и новые формы поведения у животных.

НАУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЕ — термин, введенный бихевиористами (см. Бихевиоризм) и обозначающий приобретение организмом новых форм реакций путем подражания поведению других живых существ или наблюдения за ним. Н. с. объяснялось при этом исходя из основных понятий бихевиоризма (стимул, реакция, подкрепление) и экспериментально изучалось на животных. Так, белая крыса следовала в лабиринте за другой лишь в том случае, если реакции этой другой подкреплялись пищей. В дальнейшем указанный подход был дополнен введением познавательных факторов. За людьми была признана способность представлять внешние влияния и ответную реакцию на них символически, в виде «внутренней модели внешнего мира» (А. Бандура). Благодаря этому даже в тех случаях, когда индивид не проявляет открытых реакций и не получает подкрепления, он, следя за подкрепляемыми действиями других, научается их имитировать. Приобретение новых реакций является в этих условиях менее длительным процессом, чем при выработке обычных навыков. В опытах по Н. с. детям демонстрировались фильмы с образцами поведения, имевшего различные последствия (положительные или отрицательные). В зависимости от характера наблюдаемых последствий (вознаграждение или наказание) испытуемые подражали образцу в большей или меньшей степени. Хотя в этом варианте концепция Н. с. и допускает возможность выбора субъектом ответного действия, в целом она является механистической и разделяет общие методологические просчеты бихевиоризма.

НЕБЫЛИЦЫН Владимир Дмитриевич (1930-1972) — советский психолог. Экспериментально обосновал гипотезу Б. М- Теплова об обратной зависимости между силой нервной системы и -чувствительностью, внедрил факторный анализ и электроэнцефалографические методы в исследование физиологических основ индивидуально-психологических различий (см. Дифференциальная психология). Это позволило выделить такое свойство нервной системы, как динамичность нервных процессов. Раскрыл роль типологических свойств нервной системы в индивидуально-психологическом своеобразии деятельности (производственной, учебной и др.); предложил оригинальную трактовку темперамента («Основные свойства нервной системы», 1966; «Психофизиологические исследования индивидуальных различий», 1976).

НЕВРОЗ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ (от греч. neuron — нерв и лат. experimentum — проба, опыт) — вызываемое у животных в специальных условиях физиологического эксперимента состояние, характеризующееся нарушением адаптивного поведения (см. Адаптация), невозможностью выработки новых и несрабатыванием старых условных рефлексов, отказом от еды, вегетативными расстройствами и нарушениями сна. Являясь моделью клинических неврозов у человека, он используется для изучения механизмов высшей нервной деятельности.

НЕВРОЗЫ (от греч. neuron — нерв) — группа наиболее распространенных

нервно-психических расстройств, психогенных по своей природе, в основе которых лежит непродуктивно и нерационально разрешаемое противоречие между личностью и значимыми для нее сторонами действительности, сопровождаемое возникновением болезненно-тягостных переживаний неудачи, неудовлетворения потребностей, недостижимости жизненных целей, невосполнимости потери и т. д. Это противоречие — невротический конфликт, закладывается преимущественно в детстве в условиях нарушенных отношений с микросоциальным окружением, в первую очередь с родителями. При Н. на первый план выступают расстройства эмоциональной сферы. Затруднение с поиском выхода из переживаний влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности, формирование симптомов Н. Клинически выделяются три основные формы Н.: неврастения, истерия, невроз навязчивых состояний. Основными симптомами неврастения, возникающей преимущественно при длительно действующих психотравмирующих факторах, являются раздражительная слабость (возбудимость в сочетании с легкой истощаемостью), лабильность эмоций, неустойчивое настроение, часто пониженное (см. Депрессия).

НЕВРОТИЗМ — состояние, характеризующееся эмоциональной неустойчивостью, тревогой, низким самоуважением, вегетативными расстройствами. Н. не следует отождествлять с неврозом, так как невротические симптомы может обнаруживать и здоровый человек. Н. измеряется, как правило, с помощью специальных шкал или личностных опросников (см. Опросники личностные).

НЕГАТИВИЗМ (от лат. *negatio* — отрицание) — немотивированное поведение субъекта, проявляющееся в действиях, намеренно противоположных требованиям и ожиданиям других индивидов или социальных групп. Н. как ситуативная реакция или как личностная черта (за исключением клинических случаев бессмысленного сопротивления) обусловлен потребностью субъекта в самоутверждении, в защите своего «Я», а также является следствием сформированного эгоизма субъекта и его отчуждения (см. Отчуждение личности) от нужд и интересов других людей. Психологической основой Н. является установка субъекта на несогласие, отрицание определенных требований, форм общения, ожиданий членов той или иной социальной группы, на протест по отношению к данной группе и отвержение той или иной личности как таковой. Наиболее выражены реакции Н. у детей в периоды возрастных кризисов. Они находят свое выражение в демонстративном поведении, упрямстве, конфликтности. Психокоррекционные методы работы с такими детьми позволяют устранить Н. как форму поведения.

НЕЙРОЛИНГВИСТИКА (от греч. *neuron* — нерв, лат. *lingua* — язык) — отрасль психологической науки, пограничная для психологии, неврологии и лингвистики, изучающая мозговые механизмы речевой деятельности (см. Речь) и те изменения в речевых процессах, которые возникают при локальных поражениях мозга. Становление Н. как научной дисциплины связано с развитием нейропсихологии, с одной стороны, лингвистики и психолингвистики — с другой. В соответствии с представлениями современной нейропсихологии Н. рассматривает речь как системную функцию, а афазию — как системное нарушение, которое складывается из первичного дефекта и вторичных нарушений, возникающих в результате воздействия первичного дефекта, а также функциональных перестроек работы мозга, направленных на компенсацию нарушенной функции. Современный этап развития Н. связан с работами А. Р. Лурия и его учеников, объединивших системный анализ речевых нарушений с теоретическими представлениями лингвистики и психолингвистики (например, учением о фонеме И. А. Бодуэна де Куртенэ, Н. С. Трубецкого, Л. В. Щербы и др.).

НЕЙРОН (от греч. *neuron* — нерв) — зрелая отросчатая клетка, являющаяся морфо-функциональной единицей нервной ткани. В Н. выделяют тело и

отростки. Существенной особенностью мембраны Н. является способность к проведению возбуждения — своеобразного биоэлектрического импульса, распространяющегося по системе волокон. Отростки, по которым возбуждение достигает тела Н., называются дендритами, в большинстве случаев ветвятся и присутствуют в количестве двух и более. От тела Н. импульс проводится по одному неветвящемуся отростку — аксону. Н. подразделяют на чувствительные (афферентные или рецепторные, осуществляющие восприятие внешних и внутренних раздражителей с помощью чувствительных окончаний — рецепторов — и передающих возбуждение в центральную нервную систему), вставочные (ассоциативные, обеспечивающие на разных уровнях анализ и синтез поступающей информации) и двигательные (эфферентные или эффекторные, регулирующие механизм адекватного ответа на раздражитель). Функционирование нервной системы основано на взаимодействиях Н.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ — отрасль психологической науки, сложившаяся на стыке психологии, медицины (неврологии, нейрохирургии) и физиологии, изучающая мозговые механизмы высших психических функций на материале локальных поражений головного мозга (см. Компенсация психических функций). Основоположник Н. в СССР А. Р. Лурия, развивая идеи Л. С. Выготского о социальной детерминации и системном строении высших психических функций, разработал теорию системной динамической локализации психических процессов (см. Локализация высших психических функций), являющуюся теоретической основой Н. Современная Н. подразделяется на ряд направлений: клиническое, реабилитационное, экспериментальное, психофизиологическое, Н. детского возраста. В Н. используется синдромный (см. Синдром) анализ нарушений высших психических функций, направленный на качественную квалификацию этих нарушений и диагноз поражения мозга. Методы анализа, разработанные А. Р. Лурия, представляют набор специальных проб, адресующихся к различным познавательным процессам (разным видам восприятия, памяти, речевым функциям (см. Речь), мысленным действиям, произвольным движениям и действиям. С помощью этих методов изучены различные нейропсихологические синдромы — закономерные сочетания нарушений высших психических функций при поражении различных мозговых структур (Л. С. Цветаева, Е. Д. Хомекая). Н. имеет большое значение для развития общих методологических и теоретических основ психологии, для диагностики локальных поражений головного мозга и восстановления его нарушенных функций.

НЕОБИХЕВИОРИЗМ — направление в американской психологии, возникшее в 30-х гг. XX в. Восприняв главный постулат бихевиоризма, согласно которому предметом психологии являются объективно наблюдаемые реакции организма на стимулы внешней среды, Н. дополнил его понятием о «Промежуточных переменных» как факторах, служащих опосредствующим звеном между воздействием стимулов и ответными мышечными движениями. Следуя методологии операционизма, Н. полагал, что содержание указанного понятия (обозначавшего «ненаблюдаемые» познавательные и мотивационные (см. Мотивация) компоненты поведения) выявляется в лабораторных экспериментах по признакам, определяемым посредством операций исследователя. Н. свидетельствовал о кризисе «классического» бихевиоризма, неспособного объяснить целостность и целесообразность поведения, его регулируемость информацией об окружающем мире и зависимость от потребностей организма. Используя идеи гештальт-психологии и фрейдизма (Э. Ч. Толмен), а также павловского учения о высшей нервной деятельности (К. Л. Холл), Н. стремился преодолеть ограниченность исходной бихевиористской доктрины, сохранив, однако, ее основную установку на биологизацию человеческой психики.

НЕОФРЕЙДИЗМ (от греч. *неос* — новый + *фрейдизм*) — направление в

современной психологии, развившееся из ортодоксального фрейдизма в процессе его культурологической и социологической реформации. Лидеры Н. — К. Хорни, Г. Салливан, Э. Фромм и др. — подвергли критике некоторые фундаментальные биологические и психологические подходы и утверждения З. Фрейда и намеренно акцентировали роль социальных и культурных детерминант в жизнедеятельности личности и общества. Разнообразные теории и концепции неопрейдистов содействовали распространению психоаналитических ориентации и внедрению комплекса психоаналитических представлений в различные сферы общественной жизни. Как направление Н. сформировался в 30-х годах XX века в США и с тех пор пользуется всевозрастающей популярностью и влиянием.

НЕПРОИЗВОЛЬНОЕ ДВИЖЕНИЕ — см Движения произвольные.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА (от греч. *neuron* — нерв и *systema* — целое, составленное из частей) — совокупность всех элементов нервной ткани живых организмов, взаимосвязанных между собой и обеспечивающих ответ на внешние и внутренние раздражители. Н. с. обеспечивает дифференцированное и одновременно интегральное восприятие любых сигналов, их анализ, формирование адекватного реагирования и непосредственное управление эффекторами. Совместно с эндокринной системой создает основу для функционирования организма как единого целого. Основными морфо-функциональными единицами являются нейроны, взаимосвязанные между собой. В Н. с. человека анатомически выделяют два взаимосвязанных отдела: центральную Н. с. (ЦНС) и периферическую. ЦНС представлена головным и спинным мозгом (см. Мозг). Периферическая Н. с. представлена нервами, их вне- и внутриорганными сплетениями и нервными узлами (ганглиями). В зависимости от места начала выделяют спинномозговые и черепно-мозговые нервы. Спинномозговыми нервами периферическая Н. с. осуществляет регуляцию функционирования конечностей, туловища, большинства внутренних органов, а черепно-мозговыми контролирует мимику, слух, зрение, чувствительность кожи головы, глотание и звукообразование, работу внутренних органов и т. д.

Функционально Н. с. млекопитающих, в том числе человека как наиболее развитого их представителя, подразделяют на соматическую и вегетативную, каждая из которых реализуется через ЦНС и периферические нервы. Соматическая нервная система отвечает за работу опорно-двигательного аппарата (кости, суставы, скелетные мышцы). Вегетативная — за деятельность всех внутренних органов, желез и кровеносных сосудов. Она в свою очередь делится на два противоположных по эффекту, но функционально взаимосбалансированных отдела: симпатический оказывает «стресс-подобное» действие (см. Стресс), а парасимпатический уменьшает сосудистый тонус, урежает частоту сердечных сокращений и пр. Н. с. и особенно ее центральные отделы

являются морфологической предпосылкой, анатомическим субстратом всего многообразия психических процессов.

НОВИЗНЫ ЭФФЕКТ — см. Эффект новизны.

НОНКОНФОРМИЗМ (от лат. *non* — не, нет и *conformis* — подобный, сообразный) — стремление во что бы то ни стало перечить мнению большинства и поступать противоположным образом, не считаясь ни с чем. Н. — синоним понятия "негативизм", антоним конформности.

НОРМЫ ГРУППОВЫЕ (от лат. *norma* — руководящее начало, точное предписание, образец) — совокупность правил и требований, вырабатываемых каждой реально функционирующей общностью и играющих роль важнейшего средства регуляции поведения членов данной группы, характера их взаимоотношений, взаимодействия и общения. Н. г. являются специфическим видом и своеобразной призмой преломления социальных норм, регулирующих жизнедеятельность больших групп и всего общества в целом. Наличие в

группе более или менее развитой, разветвленной и относительно устойчивой системы Н. г. не только позволяет ей соотнести поведение каждого своего члена с выработанным эталоном и на этом основании выбрать наиболее эффективное средство воздействия на данную личность, но и значительно облегчает осуществление социального контроля (см. Контроль 'социальный') за активностью этой общности со стороны социального окружения. Н. г. способствует повышению устойчивости и стабильности группы, тем самым выполняя в определенном смысле консервативную роль и нередко порождая ригидность и неспособность группы к перестройке своей жизнедеятельности в необычных, например экстремальных, условиях. Так, Н. г., принятые в корпоративных группировках (см. Корпорация), жестко и однозначно регламентирующие практически все без исключения действия членов группы, блокируют при этом процессы как группового развития, так и личностного становления подавляющего большинства членов такой общности. В коллективе, напротив, многие Н. г., будучи достаточно гибкими, определяют некоторый ряд вариантов активности его членов. Одним из важнейших признаков развитости системы Н. г. является высокий показатель предметно-деятельностного и ценностно-ориентационного единства членов группы, особенно в нравственной и деловой сферах ее жизнедеятельности. При этом основанием подобной сплоченности в коллективе является не конформная реакция индивидов на групповое давление, а подлинное коллективистское самоопределение каждой личности, без чего не только невозможна успешная интеграция индивида в конкретной группе, но крайне затруднена его адаптация и в более широком социуме.

НЮТТЕН Жозеф (1909-1988) — бельгийский психолог. Разработал теорию формирования, строения и функционирования человеческой мотивации в целостной структуре поведения, понимая в качестве базовой единицы анализа неразрывную функциональную связь: индивид — среда. Н. являлся также автором теории и метода исследования «временной перспективы личности» (см. Время; Психологическое время)

ОБМЕНА ТЕОРИИ — социологические и социально-психологические концепции, построенные на основе модели «экономического человека», т. е. исходящие из представления о нем как о существе, стремящемся к максимальной выгоде с минимальными затратами. Теории обмена рассматривают человеческое поведение как функцию его оплаты. Наибольшую известность приобрели теория взаимодействия итогов, разработанная Д. Тибо и Г. Келли (The social psychology of groups, 1959), теория элементарного социального поведения Дж. Хоманса (Social behavior: it's elementary forms, 1961), теория социального обмена П. Блау (Exchange and power in social life, 1964). Согласно теории Д. Тибо и Г. Келли, межличностные отношения регулируются выгодами, которые получают от взаимодействия его участники, и сравнениями этих выгод с потерями. Эмпирические исследования гипотез данной теории были осуществлены с помощью матрицы исходов, заимствованной из математической теории игр. Наиболее известно применение этой матрицы в исследовательской ситуации, получившей название «Дилемма узника». В теории Дж. Хоманса социальное поведение рассматривается как личный контакт между двумя индивидами, в котором вознаграждение или проигрыш определяют их поведение. Теория основана на бихевиористском представлении о закономерностях поведения (см. Бихевиоризм). Социально-психологическое содержание теории выражено в пятом постулате о так называемой «распределенной справедливости» (distributive justice), который гласит: человек, вступающий в отношения обмена с другим человеком, будет ожидать, что доходы каждого из них будут пропорциональны затратам — чем больше затраты, тем больше доходы.

В социологической концепции П. Блау социальный обмен рассматривается в системе понятий «лидерство», «авторитет» и «нормативная структура»,

которыми описываются отношения власти и подчинения в неформальных организациях. Наиболее современным вариантом теории обмена является теория справедливости, разработанная Дж. Адамсом, Дж. Уолстером и Е. Бершейд (см. Справедливости теория).

ОБОБЩЕНИЕ — продукт мыслительной деятельности, в котором представлены отражения общих признаков и качеств явлений действительности. Виды О. соответствуют видам мышления. Наиболее изучены О. в форме значений слов. О. выступает также в качестве средства мыслительной деятельности. Простейшие О. заключаются в объединении, группировании объектов на основе отдельного, случайного признака (синкретические объединения). Более сложным является комплексное О., при котором группа объектов объединяется в единое целое по разным основаниям. Наиболее сложно такое О., при котором четко дифференцируются видовые и родовые признаки, объект включается в некоторую систему понятий.

ОБРАЗ — субъективная картина мира или его фрагментов, включающая самого субъекта, других людей, пространственное окружение и временную последовательность событий. В психологии понятие О. используется в нескольких значениях. Наряду с расширительным толкованием, синонимичным понятиям «отражение» и «психика», существует традиция, связывающая с О. преимущественно перцептивные (см. Восприятие) формы знания. Так, при описании развития мышления ребенка выделяют стадию наглядно-образного мышления (см. Мышление наглядно-образное), отличие которой от более ранних и последующих стадий состоит в опоре на зрительные представления и их трансформации как средства решения мыслительных задач. Выделяется также категория умственного О., каковым, в частности, является значение. С точки зрения исследования онтогенетического развития (см. Онтогенез) О. предполагает интериоризацию схем действия с предметами (Дне. Бруннер, А. В. Запорожец, Ж. Пиаже). В работах А. Н. Леонтьева была выдвинута гипотеза об О. как многомерном психологическом образовании. К числу пяти его «квазиизмерений» относятся координаты пространства-времени и «квазиизмерение» значения. Последняя из этих образующих, в свою очередь, может быть представлена с помощью соответствующих средств математической обработки (многомерное шкалирование, кластерный анализ и т. д.) в виде разнообразных геометрических моделей — субъективных семантических пространств.

ОБРАЗ МИРА — целостная, многоуровневая система представлений человека о мире, других людях, о себе и своей деятельности. В понятии О. м. воплощена идея целостности и преемственности в зарождении, развитии и функционировании познавательной сферы личности. О. м. и близкие к нему понятия — картина мира, модель универсума, схема реальности, познавательная карта и т. п. — имеют в контексте различных психологических теорий неодинаковое содержание.

ОБРАЗНО-КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ — совокупность представлений оператора о реальном и прогнозируемом состоянии объекта деятельности и эргатической системы в целом, о целях и способах реализации своей деятельности. Различают постоянные и переменные (оперативные) компоненты О.-к. м. Первые включают: общее представление оператора о времени и пространстве, о стратегических целях деятельности, систему ценностей и оценок, представление о стандартных способах реагирования на изменения ситуации. Переменные компоненты являются результатом анализа потока информации об эргатической системе, передаваемого информационной моделью. Значительное влияние на О.-к. м. оказывает индивидуальный сенсорно-перцептивный опыт оператора, а также усвоенная им семиотическая система, характерная для данной культуры. Несмотря на структурную сложность, О.-к. м. представляет собой целостное отражение

действительности, обладающее тенденцией к совершенствованию. Формирование и совершенствование О.-к. м. оператора является одной из ключевых проблем инженерной психологии.

ОБСЕССИИ (от лат. *obsessio* — осада, схватывание) — см. . Анамказы.

ОБУЧАЕМОСТЬ — индивидуальные показатели скорости и качества усвоения человеком знаний, умений и навыков в процессе обучения. Различают общую О. как способность усвоения любого материала и специальную О. как способность усвоения отдельных видов материала (различных наук, искусств, видов практической деятельности). Первая является показателем общей, а вторая — специальной одаренности индивида. О. как способность к учению и усвоению отличается от способности к самостоятельному познанию и не может быть полностью оценена одними показателями его развития. Максимальный уровень развития О. определяется возможностями самостоятельного познания.

ОБУЧЕНИЕ — процесс целенаправленной передачи общественно-исторического опыта; организация формирования знаний, умений, навыков. Проблема О. рассматривается не только в педагогической психологии (наряду с вопросами психологии воспитания), но и в общей, возрастной психологии, нейропсихологии, патопсихологии, психологии труда. Психологически проблема О. может рассматриваться как со стороны механизмов усвоения нового материала, его этапов, так и со стороны организации оптимального хода усвоения в соответствии с поставленными целями и задачами. Промежуточными являются вопросы взаимоотношения между обучаемыми и обучающими. Усвоение рассматривается как проходящий через определенные этапы процесс овладения субъектом действиями, понятиями, формами поведения, выработанными обществом. Поскольку О. предполагает целенаправленное изменение субъекта, то важной проблемой является организация управляемого О., обеспечивающего планомерное формирование необходимых качеств (см. Поэтапного формирования умственных действий концепция), а также учет индивидуально-психологических особенностей учащихся. Особую ветвь составляет О. общению — организации целенаправленного овладения человеком средствами и способами коммуникации с другими людьми.

ОБЩАЯ ПСИХОЛОГИЯ — теоретические и экспериментальные исследования, выявляющие наиболее общие психологические закономерности и методы психологии, ее основные понятия. Обнаружить и описать общие понятия и методы психологической науки, составляющие содержание предмета О. п., можно лишь абстрагируясь от конкретных исследований, осуществляемых в специальных отраслях психологии. Вместе с тем результаты исследований в области О. п. — фундаментальная основа развития всех отраслей психологической науки. Основные понятия О. п. характеризуют психические процессы, состояния и свойства. Психические процессы охватывают: 1) познавательные процессы: ощущения и восприятия, память, воображение и мышление; 2) волевые процессы: мотивы, стремления, желания, принятие решений; 3) эмоциональные процессы: чувства, эмоции. К психическим состояниям относятся проявления психических процессов: познавательных (например, сомнение), волевых (уверенность), эмоциональных (настроения, аффекты). Психические свойства включают: качества ума (способности), устойчивые особенности волевой сферы (характер), закрепившиеся качества чувств (темперамент). Разделение на указанные группы основных понятий О. п. условно. Понятие «психический процесс» подчеркивает процессуальный характер изучаемого О. п. явления.

Понятие «психическое состояние» характеризует статический момент, относительное постоянство психического явления. Понятие «психическое свойство» отражает

устойчивость исследуемого явления, его повторяемость и закрепленность в

структуре личности. Так, аффект может рассматриваться и как психический процесс, поскольку в нем выражена динамика чувств, стадийный его характер; и как психическое состояние, поскольку он характеризует психику в данный период; и как проявление психических свойств личности: вспыльчивости, гневливости.

ОБЩЕНИЕ — сложный многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми (межличностное О.) и группами (межгрупповое О.), порождаемый потребностями совместной деятельности и включающий в себя как минимум три различных процесса: коммуникацию (обмен информацией), интеракцию (обмен действиями) и социальную перцепцию (восприятие и понимание партнера). При анализе межгруппового О. раскрывается его социальный смысл как средства передачи форм культуры и социального опыта не только между одновременно существующими группами, но и в ходе исторического процесса. В социальной психологии большое внимание уделяется межличностному О., где обозначенные три его стороны выступают как раскрытие субъективного мира одного человека по отношению к другому. Так, коммуникативная сторона О. предполагает обмен информацией между двумя индивидами. Специфика этого процесса в том, что, в отличие от информационного процесса в кибернетике, здесь решающее значение имеет ориентация партнеров друг на друга, т. е. на установки, ценности, мотивы каждого из них как активного субъекта. Поэтому имеет место не простое «движение» информации, но ее уточнение и обогащение. Суть коммуникационного процесса не простое взаимное информирование, но совместное постижение предмета, поэтому в нем даны в единстве деятельность, О. и познание. Специфичными являются и возникающие коммуникативные барьеры, порождаемые либо социальными факторами (политические, социальные или религиозные различия между партнерами), либо индивидуальными психологическими особенностями общающихся (их «закрытость» или «открытость» к О.). Важной характеристикой коммуникативного процесса является намерение его участников повлиять друг на друга, воздействовать на поведение другого, необходимым условием чего выступает не просто использование единого языка, но и одинаковое понимание ситуации О. Интерактивная сторона О. представляет собой построение общей стратегии взаимодействия и раскрывается в способах обмена действиями, что означает необходимость согласования планов действия партнеров и анализ «складов» каждого участника. В трансактном анализе обозначены условия эффективности интеракции: согласование позиции, занимаемых партнерами, ситуаций и стиля взаимодействия, адекватного для каждой ситуации. Большое значение имеет сам тип взаимодействия между людьми: кооперация или конкуренция и особый случай взаимодействия — конфликт. В отечественной социальной психологии интерактивная сторона О. рассматривается в контексте различных форм организации совместной деятельности, что позволяет учитывать содержательный характер О. Перцептивная сторона О. включает в себя процесс формирования образа другого человека, его восприятие, познание и понимание, что достигается «прочтением» за физическими характеристиками человека его психологических особенностей и особенностей его поведения. Основными механизмами познания другого человека являются идентификация (уподобление) и рефлексия (осознание того, каким воспринимают субъекта познания другие люди). Рассмотренные в единстве три стороны О. создают важное условие оптимизации совместной деятельности людей и их отношений. Поэтому существенной задачей социальной психологии является разработка средств коррективы О., совершенствования навыков к нему, особенно необходимых тем категориям людей, которые профессионально связаны с О. (руководители, педагоги, врачи и пр.).

ОБЩЕНИЕ ФАТИЧЕСКОЕ (от лат. *fatuus* — глупый) — бессодержательное общение, использующее коммуникативные средства исключительно с целью поддержания самого процесса общения.

ОБЩЕСТВЕННОЕ МНЕНИЕ — выраженное в форме определенных суждений, идей и представлений отношение социальных групп к явлениям или проблемам

социальной жизни, затрагивающим общие интересы. О. м. возникает как продукт осознания назревших и требующих решения социальных проблем и проявляется в сопоставлении, а иногда и столкновении различных взглядов и позиций по обсуждаемому вопросу, в одобрении, поддержке или, наоборот, отрицании, осуждении тех или иных действий, поступков или линии поведения людей. Субъектом О. м. являются большие социальные группы — классы, нации и народы. Высшая форма О. м. — это мнение общенародное, т. е. в основном совпадающие суждения всего народа по вопросам, представляющим всеобщий интерес. О. м. формируется под влиянием всех средств массового воздействия (радио, пресса, телевидение), хотя может возникать и стихийно, под влиянием тех или иных конкретных жизненных обстоятельств и ситуаций.

ОБЪЕКТ — фрагмент реальности, на которую направлена активность взаимосвязанного с ней субъекта. Вещи, существующие независимо от субъекта, становятся О. по мере того, как субъект взаимодействует с ними. В процессе действия и познания они выступают как вещи для нас, т. е. для людей, обладающих сознанием и психикой. Таким образом, взаимосвязь субъекта с О. характеризует психический уровень взаимодействия человека с миром; физиологический его уровень определяется через взаимосвязь реакций с раздражителями. Сигнальный раздражитель опосредствует взаимодействие между предметом как раздражителем и предметом как О. Такое различие О. и раздражителя (соответственно действия и реакции) — одна из существенных особенностей деятельностного подхода в психологической науке.

ОБЪЕКТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ — общее название для психологических школ и направлений, которые в противовес субъективной интроспективной психологии считали метод интроспекции ненаучным и предлагали взамен различные формы и методы объективного (в естественнонаучном смысле слова) наблюдения и эксперимента. Однако предметом этого объективного наблюдения и исследования в различных направлениях О. п. назывались разные реальности: развитие психической деятельности в концепции И. М. Сеченова, поведение как внешне наблюдаемая реальность в бихевиоризме, «соотносительная деятельность» организма в рефлексологии В. М. Бехтерева, совокупность реакций в реактологии Я. Н. Корнилова и др.

ОБЫДЕННОЕ СОЗНАНИЕ — совокупность представлений, знаний, установок и стереотипов, основывающихся на непосредственном повседневном опыте людей и доминирующих в социальной общности, которой они принадлежат. О. с. отличается от сознания, основу которого составляют научные знания, полученные при применении объективных методов исследования и обеспечивающие проникновение в сущностные связи, характеризующие природу и общество. О. с. свойственны ошибки, которые могут препятствовать научному познанию мира, способствуя сохранению укоренившихся предрассудков. Вместе с тем фиксация многократно повторяющихся связей между вещами и людьми (народная мудрость), характерная для О. с, дает возможность делать правильные выводы, что проверяется практикой повседневной жизни.

ОВСЯНИКО-КУЛИКОВСКИЙ Дмитрий Николаевич (1853-1920) — русский психолог, представитель психологического направления в литературоведении и языкознании. Главным в исследовании умственной деятельности считал не результат, а «самый ее процесс». Труды О.-К. способствовали упрочению

интереса к отечественной психологии и философии к разработкам проблем психологии творчества.

ОДАРЕННОСТЬ — 1) качественно своеобразное сочетание способностей, обеспечивающее успешность выполнения деятельности. Совместное действие способностей, представляющих определенную структуру, позволяет компенсировать недостаточность отдельных способностей за счет преимущественного развития других; 2) общие способности, или общие моменты способностей, обуславливающие широту возможностей человека, уровень и своеобразие его деятельности; 3) умственный потенциал, или интеллект.; целостная индивидуальная характеристика познавательных возможностей и способностей к учению; 4) совокупность задатков, природных данных,

характеристика степени выраженности и своеобразия природных предпосылок способностей; 5) талантливость; наличие внутренних условий для выдающихся достижений в деятельности. Многозначность термина «О.» указывает на многоаспектность проблемы целостного подхода к сфере способностей. О. как наиболее общая характеристика сферы способностей требует комплексного изучения: психофизиологического, дифференциально-психологического и социально-психологического.

ОДАРЕННЫЕ ДЕТИ — дети, обнаруживающие общую или специальную одаренность (к музыке, рисованию, технике и т. д.). Одаренность принято диагностировать по темпу умственного развития — степени опережения ребенком при прочих равных условиях своих ровесников (на этом основаны тесты умственной одаренности и коэффициент интеллектуальности (IQ)). Значение такого показателя не следует преувеличивать, поскольку первостепенное значение имеет творческая сторона ума. Раньше других можно обнаружить художественную одаренность детей (в области музыки, затем — в рисовании). В области науки быстрее всего проявляется одаренность к математике. Нередки случаи расхождения между общим умственным уровнем ребенка и выраженностью более специальных способностей. Детей с необычайно ранним умственным развитием или с особенно яркими, чрезвычайными достижениями в какой-либо деятельности называют вундеркиндами.

ОДИНОЧЕСТВО — один из психогенных факторов, влияющих на эмоциональное состояние человека, находящегося в измененных (непривычных) условиях изоляции от других людей. В ряде случаев возникает психологический шок, характеризующийся тревожностью, депрессией и сопровождающийся выраженными вегетативными реакциями. В условиях О. актуализируется потребность в общении. В ответ на невозможность удовлетворения этой потребности люди персонифицируют предметы (куклы и др.), различных животных (от пауков до лошадей), создают силой воображения партнеров (в ряде случаев в форме ярких эйдетических (см. Эйдетизм) образов, спроецированных во сне), с которыми начинают разговаривать вслух... По мере увеличения времени нахождения в жестких условиях О. на этапе глубоких психических изменений появляются сверхценные идеи, идеи отношения, деперсонализационные переживания (раздвоение личности) и реактивные галлюцинации.

ОЖИДАНИЯ СОЦИАЛЬНЫЕ — см Экспектации

ОЛИГОФРЕНОПСИХО-ЛОГИЯ (от греч. oligos — немногий, незначительный, phren — ум) — раздел специальной психологии, изучающий психическое развитие (см. Развитие психики) и возможности его коррекции у людей с тяжелыми формами недоразвитости мозга. О. выявляет причины их умственной отсталости (врожденные дефекты нервной системы, результат болезни или травмы), изучает их психологические особенности, формы и степень выраженности дефекта (дебилы — легкая степень отсталости, имбецилы — средняя, идиоты — глубокая), способствует созданию программ и

методик их обучения во вспомогательных школах.

ОЛПОРТ Гордон (1897-1967) — американский психолог. Инициатор разработки системного подхода к изучению личности. Согласно теории О., личность представляет собой развивающуюся и открытую психофизиологическую системы, ядро которой составляет человеческое ^ («Личность: психологическая интерпретация», 1937). Особенностью этой системы является стремление личности к реализации своего жизненного потенциала, к самоактуализации. О. полагал, что системный подход в психологии позволит преодолеть ограниченность как механистического воззрения на человека, свойственного бихевиоризму и кибернетике, так и теорий, объясняющих специфику поведения личности скрытыми в глубинах ее внутреннего мира бестелесными актами. Считал, что личность в своих проявлениях в большей степени следует социальным, чем биологическим мотивам, и на этом основании подверг экспериментальному изучению иерархию культурных ценностей, на которые ориентируются различные типы людей. Выдвинул положение о том, что мотивы, возникающие на биологической почве, в дальнейшем могут стать независимыми от нее и функционировать самостоятельно (принцип функциональной автономии).

ОНО (Ид) — один из компонентов структуры личности в теории З. Фрейда (см. Психоанализ. Фрейдизм). Представляет собой локализованное в бессознательном средоточие инстинктивных побуждений, либо сексуальных, либо агрессивных, стремящихся к немедленному удовлетворению, независимо от отношений субъекта к внешней реальности (см. Принцип удовольствия). Для процессов в О. не существует логических законов, поэтому там, не удаляясь и не отменяя друг друга, сосуществуют противоположные импульсы, которые могут объединяться в компромиссные образования под давлением принципа экономии для разрядки энергия. О. не знакомы никакие оценки, добро и зло, никакая мораль. О. иррационально и бессознательно и потому находится в антагонизме со Сверх-Я (Супер-эго), включающем моральные стандарты и запреты. Особенностью О. является отсутствие течения процессов во времени. Импульсивные желания, находящиеся в О., и через десятилетия ведут себя так же, словно возникли заново. Признать в этих влечениях прошлое, обесценить их и лишить заряда энергии можно, сделав их осознанными в процессе психоаналитической работы. На этом в существенной степени основано психоаналитическое учение (см. Психотерапия).

ОНТОГЕНЕЗ (от греч. on, род. падеж ontos — сущее, genesis — рождение, происхождение) — процесс развития индивидуального организма. В психологии О. — формирование основных структур психики индивида в течение его детства; изучение О. — главная задача детской психологии (см. Возрастная психология). С позиций отечественной психологии основное содержание О. составляет предметная деятельность и общение ребенка (прежде всего совместная деятельность — общение со взрослым). В ходе интериоризации ребенок «обрабатывает», «присваивает» социальные, знаково-символические структуры и средства этой деятельности и общения, на основе чего и формируется его сознание и личность. Общим для отечественных психологов является также понимание формирования психики, сознания, личности в О. как процессов социальных, осуществляющихся в условиях активного, целенаправленного воздействия со стороны общества.

ОПЕРАНТНОЕ ОБУСЛОВЛИВАНИЕ — термин, введенный американским психологом Б. Ф. Скиннером для обозначения особого пути образования условных связей (см. Условный рефлекс). В отличие от классического (павловского) пути, названного Скиннером респондентным, при О. о. животное сначала производит какое-нибудь движение (спонтанное или инициированное экспериментатором), а затем получает подкрепление. Это различие Скиннер проводит безотносительно к биологическому смыслу

условных рефлексов. При этом упускается из виду важнейшая роль активной ориентировочной деятельности животного, с помощью которой оно выделяет существенные характеристики ситуации и устанавливает значимые отношения между элементами внешней среды и собственными движениями, что во многом предопределяет ход и динамику образования условных рефлексов, как оперантных, так и респондентных.

ОПЕРАЦИЯ (лат. *operatio* — действие) — единица деятельности; способ выполнения действия, определяемый условиями наличной (внешней или мысленной) ситуации. Понятие О. как единицы деятельности введено А. Н. Леонтьевым и используется при изучении относительно законченных и, как правило, автоматизированных перцептивных, моторных, мнемических и интеллектуальных актов, входящих в состав того или иного действия. В отличие от деятельности и действия, О. детерминируется не мотивами и целями, а условиями предметной ситуации, в которых экстерииоризованы, воплощены в форме значений различные общественно выработанные схемы поведения (например, схемы употребления орудий или принятые в определенной культуре нормы этикета), полностью обуславливающие содержание О. В зависимости от происхождения выделяют два вида О.: приспособительные и сознательные. Приспособительные О. относятся к реактивному уровню реагирования,

иерархически самому узкому в структуре деятельности субъекта. Они возникают в процессе непроизвольного подражания или приспособления к предметным условиям ситуации и характеризуются тремя особенностями: по способу регуляции они непроизвольны; по уровню отражения — изначально неосознаваемы; по динамике протекания — косны, ригидны (см. Ригидность). Сознательные О. являются следствием автоматизации действий -ЕИЯ. В ходе неоднократных повторений какого-либо действия (например, при обучении вождению автомобиля или письму) содержание его цели, вначале осознаваемое субъектом, занимает в строении другого, более сложного действия место условия его выполнения. Вследствие изменения места цели в структуре деятельности, сдвига цели на условие, происшедшего при автоматизации действия, данное действие превращается в сознательную О. По способу регуляции сознательные О. произвольно контролируемы; по уровню отражения — вторично неосознаваемы (но могут осознаваться при появлении затруднений в ходе их осуществления); по динамике протекания — гибки, лабильны. Устойчивый направленный характер протекания О. определяется операциональной установкой.

ОПЕРЕЖАЮЩЕЕ ОТРАЖЕНИЕ — см. Акцептор результатов действия.

ОПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ — совокупность свойств объекта, на основании которых производится опознание этого объекта как относящегося к определенному классу. Выделение и учет человеком О. п. может производиться как осознанно, так и неосознанно. В ходе онтогенетического (см. Онтогенез) и функционального развития перцептивных процессов (см. Восприятие) происходит постоянное выделение новых О. п., что обеспечивает целостное опознание сложных объектов, не выступавших ранее как психологически целостные образования.

ОПОЗНАНИЕ — процесс отнесения предъявляемого объекта к одному из нескольких заранее фиксированных классов или категорий. Важнейшим моментом этих процессов является результат сравнения перцептивного (см. Восприятие) описания объекта с хранящимися в памяти эталонами описания соответствующих (релевантных) классов или категорий. Для изучения О. часто применяются хронометрические методики (см. Время реакции).

ОППОНЕНТНЫЙ КРУГ (лат. *opponens* — возражающий) — круг "значимых других", полемика с которыми регулирует деятельность субъекта творчества. Выявление О.к. — важное условие социально-психологического анализа динамики творчества, ее зависимости от межличностных отношений. Понятие

О. к. введено М. Г. Ярошевским.

ОПРОС АНКЕТНЫЙ — обращение за информацией об отношении к различным событиям к специалистам или населению. Наиболее распространенный метод сбора первичной информации в социологии, где необходимо в сжатые сроки зарегистрировать и факты поведения, и мнения людей, и сведения о процессах и результатах их деятельности. Ситуация проведения О. а. является частным случаем общения, но обладает своими психологическими особенностями. О. а. является асимметричным общением, при котором социолог (интервьюер) берет на себя преимущественно функции воздействия, т. е. субъекта, а информант выступает в качестве объекта. При этом у социолога есть цель (получить ответ на вопросы), а у информанта такой цели нет, он может стремиться избегать участия в опросе. О. а. является общением, опосредованным как личностью интервьюера, так и техническими средствами опроса, в том числе структурой и содержанием анкеты. При обработке полученной информации необходимо учитывать, что исследователь подходит к предмету с научных позиций, респондент же мыслит по законам обыденного мышления.

ОПРОСНИКИ ЛИЧНОСТНЫЕ — совокупность методических средств для изучения и оценки отдельных свойств и проявлений личности. Каждая из методик представляет собой стандартизированную анкету, состоящую из набора предложений, с содержанием которых испытуемый (информант) может либо согласиться, либо не согласиться. Вопросы в анкете сформулированы таким образом, чтобы, отвечая на них, испытуемый сообщал экспериментатору о своем самочувствии, о типичных формах поведения в различных ситуациях, оценивал свою личность с различных точек зрения, освещал особенности своих взаимоотношений с окружающими и т. д. О. л. позволяют получать информацию, характеризующую личность испытуемого в широком диапазоне — от особенностей его физического и психического состояния до его морально-этических и общественных взглядов. О. л. создаются на базе одной или нескольких шкал установок. Вопросы группируются таким образом, чтобы ответы на них позволяли оценить какое-либо свойство или состояние индивида. Эти сгруппированные вопросы, получившие название шкал, различаются между собой по наименованию изучаемого свойства личности (шкалы тревожности, лидерства, агрессивности и др.).

ОПЫТ — способ познания действительности, основанный на его непосредственном, чувственном практическом освоении. О. служит важным источником информации как о внешнем объективном мире, так и о психической жизни субъекта. В психологии понятие об О. приобрело особые признаки в связи с представлением о том, что ее предметом служит сознание как сфера, явления которой могут быть постигнуты только в качестве непосредственных данных самоопределения субъекта. Это воззрение под именем внутреннего О. легло в основание интроспективной психологии, которая была подвергнута острой критике в бихевиоризме, претендующем на строго объективное, опытное изучение поведения. Однако в русле бихевиоризма сложилось одностороннее понимание О. как совокупности данных о непосредственно наблюдаемых внешних реакциях организма на раздражители. Прогресс в психологии привел к преодолению обоих подходов и утверждению идеи об органическом сочетании в научном О. как данных непосредственного наблюдения, так и факторов, которые могут быть познаны только опосредованно.

ОРБЕЛИ Леон Абгарович (1882-1958) — советский физиолог. Проводил исследования в области физиологии анализаторов, вегетативной нервной системы, подкорковых центров головного мозга. Являясь одним из создателей эволюционной физиологии, большое внимание уделял проблемам генезиса психического, формирования второй сигнальной системы и ее взаимосвязей с

первой (см. Сигнальные системы). Отстаивая естественнонаучную ориентацию психологии и подчеркивая необходимость тесной связи между физиологическими и психологическими исследованиями, изучал нейрофизиологические механизмы творческой активности человека, психофизиологические проблемы профессиональной деятельности в экстремальных условиях (работа подводников, летных экипажей и др.).

ОРГАНИЗАЦИЯ (психологический аспект) — дифференцированное и взаимно упорядоченное объединение индивидов и групп, действующих на основе общих целей, интересов и программ. Различают организацию формальную, имеющую административно-юридический статус и ставящую индивида в зависимость от обезличенных, функциональных связей и норм поведения, и неформальную, представляющую собой общность людей, сплачиваемую личным выбором и непосредственными внедолжностными контактами. В формальной О. могут возникать социально-психологические феномены, обусловленные такими отношениями, как: индивид—должность, коллектив—подразделение, лидерство—руководство и др. Противоречивость этих отношений проявляется в развитии О. в динамике функций управления и исполнения. При этом главная задача управления О. состоит в том, чтобы объединить интересы, всех членов О., направить их на реализацию ее целей. Степень совпадения — расхождения интересов индивидов с их должностными функциями, со структурой и программой О. влияет на эффективность ее деятельности.

ОРГАНЫ ЧУВСТВ — нервные устройства, служащие приемниками сигналов, информирующих об изменениях в окружающей субъекта среде (экстерорецепция) и в его организме (интерорецепция) (см. Ощущение). Принято различать пять внешних чувствительных систем — зрение, слух, обоняние, вкус, кожную чувствительность. Фактически же имеется значительно большее их число (так, только воздействие на кожу вызывает ощущение давления, боли, холода, тепла и др.). О. ч. состоят из рецепторов, нервных проводников и центров. Каждый О. ч. дает только свойственное ему ощущение. Специализированные О. ч. человека и высших животных — результат эволюции простых и недифференцированных О. ч. низших животных. В процессе эволюции сохранялось соответствие между О. ч. и эффекторным (прежде всего мышечно-двигательным) аппаратом.

ОРЕОЛА ЭФФЕКТ — см. Эффект ореола.

ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (от франц. orientation — установка, ориентация) — совокупность действий субъекта, направленных на активную ориентировку в ситуации, ее обследование и планирование поведения. Термин «О. д.» восходит к И. П. Павлову, который в качестве особой формы активности организма выделил ориентировочный рефлекс из ряда других рефлексов, указав на его специфическую функцию (установление связи между сигналом, реакцией и подкреплением) и происхождение из рефлекса «биологической осторожности». Различают собственно ориентировочный рефлекс (настройка анализаторов на лучшее восприятие раздражителя, торможение предшествующей активности) и ориентировочную (ориентировочно-исследовательскую) деятельность. Основными и самыми общими задачами О. д. являются: анализ проблемной ситуации, установление отношения между элементами ситуации и их актуальных значений, построение плана действия, а по ходу выполнения действия — его контроль и коррекция. Необходимым условием осуществления О. д. является наличие различных форм психического отражения, которые, будучи включенными в структуру О. д., обеспечивают реализацию ее функций: подготовку, регулирование и контроль поведения субъекта в индивидуально-изменяющихся ситуациях. Существенное отличие О. д. человека от О. д. животных состоит в том, что при планировании и регулировании поведения человек опирается на накопленные обществом знания о предметах и способах действия с ними, их

социальном значении и общественные формы отношений.

ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ОСНОВА ДЕЙСТВИЯ — система представлений человека о цели, плане и средствах осуществления предстоящего или выполняемого действия. Термин введен П. Я. Гальпериным (см. Поэтапного формирования умственных действий концепция). Содержание О. о. д. во многом предопределяет качество действия. Так, полная О. о. д. обеспечивает систематически безошибочное выполнение действия в заданном диапазоне ситуаций. О. о. д. следует отличать от схемы О. о. д. как совокупности ориентиров и указаний, задаваемой субъекту. Форма и способ задания схемы О. о. д. диктуются целями обучения, возрастными и индивидуальными особенностями учащихся. Выделяются три типа построения схемы О. о. д. и соответственно три типа учения. При первом типе субъект имеет дело с принципиально неполной системой условий и вынужден дополнять ее с помощью метода проб и ошибок; окончательная структура действия устанавливается медленно, осмысливается далеко не всегда и не полностью; велик разброс индивидуальных показателей, а сформированное действие крайне чувствительно к сбивающим воздействиям. При втором типе субъект ориентируется на полную систему ориентиров и учитывает всю систему условий правильного выполнения действия, что гарантирует с самого начала его безошибочность. При этом схема О. о. д. либо задается в готовом виде, либо составляется учащимся совместно с обучающим. Третий тип характеризуется полной ориентацией человека уже не на условия выполнения конкретного действия, а на принципы строения изучаемого материала, на единицы, из которых он состоит, и законы их сочетания. О. о. д. такого рода обеспечивает глубокий анализ изучаемого материала, формирование познавательной мотивации.

ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ РЕАКЦИЯ — см Ориентировочный рефлекс.

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ РЕФЛЕКС — сложная реакция животных и человека на новизну стимула, названная И. П. Павловым рефлексом «что такое?». Биологический смысл О. р. — создание условий для лучшего восприятия раздражителя. Это достигается за счет появления комплекса соматических, вегетативных реакций и изменения уровня активации центральной нервной системы при общем торможении или нарушении текущей деятельности организма. Выделяют три основные группы

компонентов О. р.: 1) двигательные; 2) вегетативные; 3) изменение уровня активации центральной нервной системы. К двигательным компонентам О. р. относятся: 1) реакции, обеспечивающие поворот глаз в направлении зрительного раздражителя, настораживание ушей, приноживание; 2) реакции, обеспечивающие поддержание позы и приближение к стимулу. К вегетативным компонентам О. р. относятся сосудистые реакции в виде сужения сосудов конечностей и расширения сосудов головы, обеспечивающие увеличение кровоснабжения мозга, кожно-гальваническую реакцию (КГР), изменение частоты сердцебиения и дыхания. В качестве возбудителей О. р. помимо новизны стимула выделяют такие его свойства, как изменение стимула, его сложность, двусмысленность, удивительность. В том случае, когда стимул и след, оставленный ранее предъявленными раздражителями (см. Нервная модель стимула), совпадают, О. р. не возникает. По мере повторения нового стимула, вызывающего О. р., происходят его ослабление, угасание. В зависимости от широты распространения возбуждения в нервной системе различают генерализованную и локальную формы О. р. В зависимости от длительности выделяют долго длящийся тонический и быстро завершающийся физический О. р. В процессе угасания генерализованный О. р. сменяется локальным, тонический физическим О. р.

ОРУДИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ — элемент структуры психической функции, роль которого аналогична роли орудия труда в структуре трудовой деятельности человека. В культурно-исторической теории в качестве О. п.

рассматриваются знаки («стимулы-средства»). Знаки как О. п. принципиально отличны от традиционно изучаемой психологией знаков (вербальных и невербальных), составляющих содержание памяти, в связи с тем что в первых специально выделяется не содержательный, но структурный момент («знаки без значения»). По Л. С. Выгодскому, О. п. присваиваются человеком в ходе интериоризации совместной деятельности в онтогенезе.

ОРУДИЙНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ЖИВОТНЫХ — специфическая форма обращения животных с предметами, когда имеет место воздействие одним предметом (орудием) на другой предмет или животное. В результате возникает опосредствованное (через орудие) физическое отношение между животным и объектом воздействия. О. д. ж. наблюдаются у немногих видов насекомых, у птиц, млекопитающих (несколько чаще у человекообразных обезьян) в сферах пищевого поведения (разбивание пищевого объекта камнем), комфортного (почесывание с помощью постороннего предмета), коммуникационного (контактирование посредством предмета), защитного (бросание предмета в сторону врага). Иногда предмет предварительно приспособляется к его употреблению в качестве орудия. В лабораторных условиях О. д. ж. используются для изучения психических, в частности интеллектуальных, способностей животных.

ОТБОР ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ — принятие решения о пригодности кандидатов к учебной или профессиональной деятельности с учетом результатов психологических и психофизиологических испытаний. О. п. применяется в управлении, промышленности, авиации, армии, спорте, при комплектовании некоторых учебных заведений. Ему предшествует определение совокупности требований к кандидатам на основе психологического анализа предстоящей им деятельности, а затем подбор соответствующих этим требованиям диагностических методик. Валидность этих методик подлежит проверке на репрезентативной выборке, и при получении удовлетворительных показателей методики могут быть использованы в О. п.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ — специфическая для зрелой личности форма саморегуляции и самодетерминации, выражающаяся в осознании себя как причины совершаемых поступков и их последствий и в осознании и контроле своей способности выступать причиной изменений (или противодействия изменениям) в окружающем мире и в собственной жизни.

В психологии, преимущественно западной, О. изучалась не как целостное явление, а в отдельных ее формах проявления или аспектах, операционализируемых в тестах или экспериментальных схемах. Одной из таких частных форм О. является социальная О. — склонность человека вести себя в соответствии с интересами других людей и

социального целого, а не в узкоэгоистических интересах, придерживаться принятых норм и исполнять ролевые обязанности (см. Роль). В рамках исследований принятия человеком на себя ответственности за активные действия в тех или иных социальных ситуациях (например, оказание помощи нуждающемуся в ней) был описан и исследован феномен так называемой «диффузии О.» — резкого снижения вероятности осуществления необходимых действий, если в ситуации присутствуют и другие люди, в прямой зависимости от их числа. Другой стороной О. является локус контроля — склонность человека видеть причины происходящих с ним событий в себе самом, либо во внешних факторах. Довольно обширное поле исследований посвящено атрибуции О. — приписыванию тем или иным факторам ответственности за исход разных событий. Понятие атрибуции О. близко понятию локуса контроля, но, в отличие от него, относится не столько к собственным действиям, сколько к действиям других людей, оцениваемых с позиции внешнего наблюдателя. Различие этих двух перспектив наглядно проявляется в экспериментально выявленной так называемой «фундаментальной ошибке атрибуции»: причины своих поступков люди больше склонны приписывать

особенностям ситуации, а причины поступков других людей — их личным особенностям. Наиболее многосторонне и целостно феномен О. рассматривается в экзистенциальной психологии, в частности, в работах В. Франкла, который рассматривает О. как один из «экзистенциалов» человеческого существования, наряду со свободой и духовностью. В многоуровневой модели личностной саморегуляции (Е. Р. Калитеевская, Д. А. Леонтьев) О. рассматривается как внутренняя саморегуляция зрелой личности, опосредованная ценностными ориентирами.

ОТКЛОНЯЮЩЕЕСЯ ПОВЕДЕНИЕ — система поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе правовым или нравственным нормам. Основные виды О. п. — преступность и уголовно не наказуемое (непротивоправное) аморальное поведение (систематическое пьянство, стяжательство, распущенность в сфере сексуальных отношений и пр.). Связь между этими видами О. п. заключается в том, что совершению правонарушений нередко предшествует ставшее привычным для человека аморальное поведение. В исследованиях О. п. значительное место отводится изучению его мотивов, причин и условий, способствующих его развитию, возможностей предупреждения и преодоления. В происхождении О. п. особенно большую роль играют дефекты правового и нравственного сознания, содержание потребностей личности, особенности характера, эмоционально-волевой сферы (см. Воля). Преступность как вид О. п. изучается преимущественно криминологией, использующей наряду с данными других наук результаты психологических исследований. Отечественная криминология объясняет преступное поведение отдельного человека сочетанием результатов неправильного развития личности и неблагоприятной ситуации, в которой оказался человек. Непротивоправное О. п. также в значительной степени определяется недостатками воспитания, приводящими к формированию более или менее устойчивых психологических свойств, способствующих совершению аморальных поступков.

ОТНОШЕНИЕ (в психологии) — в самом общем виде — фиксированное по какому-либо признаку взаиморасположение субъектов, объектов и их свойств. О. может иметь место как между меняющимися объектами, явлениями и свойствами (например, любой закон как сущностное О. между явлениями), так и в ситуации выделенного, неизменного объекта в его О. к другим объектам, явлениям, свойствам (например, О. субъекта к политической системе). Термин «О.» использовался как базовая категория в «теории отношений» В. Н. Мясищева (см. Отношений личности концепция).

ОТНОШЕНИЙ ЛИЧНОСТИ КОНЦЕПЦИЯ — совокупность теоретических представлений, согласно которым психологическим ядром личности является индивидуально-целостная система ее субъективно-оценочных отношений к действительности, представляющая собой интериоризованный (см. Интериоризация) опыт взаимоотношений с другими людьми в условиях социального окружения. Система отношений определяет характер переживаний личности, особенности

восприятия действительности, характер поведенческих реакций на внешние воздействия. Все составляющие психической организации человека — от самых низших до высших ее подструктур — связываются так или иначе с отношениями, причем функциональные возможности человека в организации деятельности могут быть определены лишь на уровне активно положительного отношения к ее задаче. Положительный или отрицательный опыт взаимоотношений с людьми однозначно формирует и соответствующую систему внутренних отношений личности. О. л. к., выдвинутая впервые¹ Ф. Лазурским, была разработана В. Н. Мясищевым и получила дальнейшее развитие в работах отечественных психологов. Основные положения О. л. к. конкретизируются в патогенетической концепции неврозов и психотерапевтической практике.

ОТНОШЕНИЯ МЕЖГРУППОВЫЕ (в психологии) — совокупность социально-психологических явлений, характеризующих субъективное отражение (восприятие) многообразных связей, возникающих между социальными группами, а также обусловленный ими способ взаимодействия групп. Специфика О. м., объектом и субъектом которых являются социальные группы, заключается: 1) в объединении индивидуальных представлений в некоторое целое, качественно отличное от составляющих его элементов; 2) в длительном и недостаточно гибком формировании межгрупповых представлений, обладающих устойчивостью к внешним влияниям; 3) в схематизации и упрощении возможного диапазона сторон восприятия другой группы. В целом межгрупповые представления отличаются ярко эмоциональной окрашенностью, резко выраженной оценочной направленностью, а поэтому весьма уязвимы в том, что касается их истинности, точности и адекватности. Так, свойственная им стереотипность часто приводит к приписыванию сходных характеристик всем членам какой-либо социальной группы или общности без достаточного осознания возможных различий между ними. Названные особенности межгруппового восприятия отчетливо проявляются в процессе установления различий между собственной и другой группами, играющем важнейшую роль в детерминации межгрупповых отношений. Наиболее типичным эффектом межгруппового сравнения является тенденция к завышенной оценке достоинств своей группы, выражающаяся в стремлении всячески благоприятствовать ее членам в противовес членам «чужих групп» (эффект межгрупповой дискриминации) и нередко сопровождающаяся недооценкой последних (внутригрупповой фаворитизм). Несколько менее распространена обратная тенденция — установление позитивно оцениваемых различий в пользу какой-либо другой группы, которой отдается предпочтение перед собственной. В своих крайних выражениях первая тенденция может приводить к возникновению напряженности и враждебности в О. м., вторая — к ослаблению внутригрупповых связей, девальвации внутригрупповых ценностей, дестабилизации и дезинтеграции группы как таковой. Вопреки широко распространенной в зарубежной психологии точке зрения, согласно которой эти эффекты являются универсальными и неизбежными компонентами О. м., отечественными исследователями обоснован их вторичный характер по отношению к объективным условиям взаимодействия групп. В частности, показано, что данные эффекты определяются типом совместной межгрупповой деятельности, зависят от уровня группового развития и нетипичны для подлинного коллектива. С этих позиций подчеркивается, что как социальное явление О. м. в конечном счете обусловлены не психологическими механизмами установления тождества и различия, симпатии и отвержения, а идеологическими, экономическими, политическими и другими социальными факторами.

ОТРАЖЕНИЕ — всеобщее свойство материи, заключающееся в способности объектов воспроизводить с различной степенью адекватности признаки, структурные характеристики и отношения других объектов. Характер О. зависит от уровня организации материи, вследствие чего оно качественно различно в неорганической и органической природе, в мире животных и социальном мире, в более элементарных и высокоорганизованных системах.

ОТРАЖЕННАЯ СУБЪЕКТНОСТЬ — идеальная представленность и продолженность одного человека в другом, инобытие кого-либо в ком-либо. Отражаясь в других людях, человек выступает как деятельное начало, способствующее укреплению или изменению их взглядов, формированию новых побуждений, возникновению ранее не испытанных переживаний. Таким образом, человек выступает как значимый для них другой, источник новых личностных смыслов. Могут быть выделены три формы существования О. с: 1) Ситуативно-значимый другой. Источником влияния на поведение и сознание

людей выступает здесь актуальный образ другого человека, складывающийся у них в условиях непосредственного взаимодействия с ним. К феноменам О. с. в данной его форме выступают: фасилитация (повышение эффективности деятельности) и ингибция (понижение эффективности), качественные перестройки мышления (например, повышение уровня креативности), динамика перцепции (снижение порога возникновения иллюзии), изменение когнитивной сложности (повышение или снижение мерности субъективных семантических пространств), сдвиги в эмоциональных проявлениях (усиление или ослабление агрессивности, ситуативной тревоги и т. д.). 2) Идеальный другой («Интроект»). О. с. здесь выступает как действенность представлений памяти или воображения. Носитель О. с. в данном случае открывает в себе как бы два смысловых и вместе с тем силовых центра: «Я» и «Другой во мне». Даже тогда, когда «идеальный другой» ушел из жизни, переживание его бытия во внутреннем мире субъекта может сохраняться, а иногда даже усиливается. 3) Претворенный другой. В этом случае фактически снимаются диалогические формы связи между индивидом и значимым другим. О. с. значимого другого здесь неотделима от собственного Я индивида. Феномен О. с. — динамический результат персонализации.

Существуют приемы экспериментального исследования О. с, основывающиеся на общих принципах их построения (см. Принцип отраженной субъектности). **ОТЧУЖДЕНИЕ** (в психологии) — проявление таких жизненных отношений субъекта с миром, при которых продукты его деятельности, он сам, а также другие индивиды и социальные группы, являясь носителями определенных норм, установок и ценностей, осознаются как противоположные ему самому (от несходства до неприятия и враждебности). Это выражается в соответствующих переживаниях субъекта: чувствах обособленности, одиночества, отвержения, потери и пр. В психологии понятие О. впервые было использовано З. Фрейдом для объяснения патологического развития личности в чуждой и враждебной его естественной природе культуре. Феноменологически О. выражалось в невротической потере субъектом чувства реальности происходящего (дереализации) или в утрате своей индивидуальности (деперсонализации). Э. Фромм существенно расширил сферу применения этого понятия. Согласно Фромму, О. индивида выступает в пяти формах: О. от ближнего, от работы, от потребностей, от государства, от себя. В современной социальной психологии О. используется при характеристике межличностных отношений, при которых индивид противопоставляется другим индивидам, группе, обществу в целом, испытывая ту или иную степень своей изолированности. Подобные конфликтные отношения в группе связаны с нарушением опосредствованности ценностным содержанием совместной деятельности (см. Деятельностное опосредование), с утратой чувства солидарности, когда индивид в группе воспринимает остальных как чуждых и враждебных себе, отвергая при этом нормы группы, законы и предписания.

ОХЛОТЕЛЕСУТГЕСТИЯ (от греч. «ochlos» — толпа и лат. «suggestum» — внушение) — воздействие лица, передающего по телевидению информацию, на интеллектуально-эмоциональное состояние воспринимающих ее индивидов с целью его изменения помимо их воли и критического осознания этой информации. Поскольку О. подвергается не отдельный индивид, а множество людей, то их реакция подобна происходящей в толпе, отличаясь от последней тем, что между индивидами, образующими множество, нет непосредственных контактов, кроме телеперсоны, с которой они себя идентифицируют (см. Идентификация) и только поэтому подвержены О.

Иногда эффект О. усиливается тем, что лицо, от которого она исходит, демонстрирует на экране свое влияние на группу людей. Приемы О. используются в целях пропаганды, рекламы, целительства и др. Термин предложен М. Г. Ярошевским. **ОШИБКИ ОПЕРАТОРА** — нарушение

установленных предельных значений параметров, вызывающие сбои в нормальном функционировании эргатической системы. Для характеристики ситуаций, где погрешность достигает значений, делающих невозможным достижение целей, ради которых создана эргатическая система, используется понятие «отказ оператора». Для анализа и классификации О. о. предложен набор из пяти критериев:

а) место ошибки в структуре эргатической системы;
б) внешнее проявление ошибки; в) последствия ошибки;
г) характер отображения ошибки в сознании оператора;
д) причины ошибки. По каждому из критериев разработаны методы более детального анализа. Причины ошибки могут быть связаны со следующими факторами: а) рабочим местом оператора (организацией информационной модели и органов управления); б) режимом труда и отдыха;
в) профессиональной подготовкой; г) функциональным состоянием; д) рабочей мотивацией, е) отношениями в коллективе. Описанный набор критериев анализа и классификации О. о. задает последовательность проведения их психологического анализа и позволяет объединить в единую систему большое число разнородных факторов, приводящих к появлению погрешностей, ошибок и отказов оператора.

ОШИБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ — общее название для целого класса действий «с дефектом», при выполнении которых обнаруживаются ошибки различного характера. К О. д. относятся: оговорки, описки, ошибки при слушании или чтении, «закладывание» и «затеривание» вещей, ошибки памяти и др. Возникновение О. д. объясняется столкновением противоречащих друг другу намерений индивида и проявлением в столь своеобразной форме — против воли субъекте — намерения, которое он старается скрыть или которое является для него в данный момент бессознательным. Родственными О. д. являются так называемые «симптоматические действия», кажущиеся случайными, бесцельными (напевание про себя мелодий, «перебирание» вещей и т. п.), которые, согласно З. Фрейду, имеют скрытый смысл. О. д. и симптоматические действия впервые были специально исследованы в работе Фрейда «Психопатология обыденной жизни» (1901).

ОЩУЩЕНИЕ — отражение свойств предметов объективного мира, возникающее при их непосредственном воздействии на рецепторы. В рамках рефлекторной концепции И. М. Сеченова и И. П. Павлова были проведены исследования, показавшие, что по своим физиологическим механизмам О. является целостным рефлексом, объединяющим прямыми и обратными связями периферические и центральные отделы анализатора. В настоящее время проблематика О. интенсивно разрабатывается в психофизике сенсорных процессов и различных разделах физиологии. Английский физиолог Ч. Шеррингтон выделил три основных класса О.: 1) экстероцептивные, возникающие при воздействии внешних раздражителей на рецепторы, расположенные на поверхности тела; 2) проприоцептивные (кинестетические), отражающие движение и относительное положение частей тела благодаря работе рецепторов, расположенных в мышцах, сухожилиях и суставных сумках; 3) интероцептивные (органические), сигнализирующие с помощью специализированных рецепторов о протекании обменных процессов во внутренней среде организма. В свою очередь, экстероцептивные О. делятся на два подкласса: дистантные (зрительные, слуховые) и контактные (осязательные, вкусовые). Обонятельные О. занимают промежуточное положение между этими подклассами. Данная классификация не учитывает, однако, известную независимость функции О. от морфологической локализации рецепторов. Так, зрительные О. могут выполнять важную проприоцептивную функцию. Попытку создания генетической классификации О. предпринял английский невролог Х. Хэд, выделивший более древнюю — протопатическую и более молодую — эпикритическую

чувствительность. Протопатические О., в отличие от эпикритических, не дают точной локализации источника раздражения ни во внешнем пространстве, ни в пространстве тела, характеризуются постоянной аффективной окрашенностью и отражают скорее субъективные состояния, чем объективные процессы. О. возникает в филогенезе на базе элементарной раздражимости как чувствительность к раздражителям, не имеющим прямого экологического значения, отражая тем самым объективную связь между биотическими и абиотическими факторами среды.

ПАВЛОВ Иван Петрович (1849-1936) — русский физиолог. Учение П. о высшей нервной деятельности сложилось под влиянием материалистических традиций русской философии и развивало идеи И. М. Сеченова. Руководящим для П. являлось представление о рефлекторной саморегуляции работы организма, имеющей эволюционно-биологический (адаптивный) смысл. Центральную роль в саморегуляции выполняет нервная система (принцип невризма). Начав с изучения кровообращения и пищеварения, П. перешел к исследованию поведения целостного организма в единстве внешних и внутренних проявлений, во взаимоотношениях с окружающей средой. Органом, реализующим эти взаимоотношения, служат центры больших полушарий головного мозга — высшего интегратора всех процессов жизнедеятельности, включая психические; тем самым отвергался дуализм духовного и телесного. В качестве основного акта поведения выступил условный рефлекс (термин введен П.), благодаря которому организм приспосабливается к изменчивым условиям существования, приобретая новые формы поведения, отличные от прирожденных безусловных рефлексов. П. и его ученики всесторонне исследовали динамику образования и изменения условных рефлексов (процессы возбуждения, торможения, иррадиации и др.), открыв детерминанты многих нервно-психических проявлений (в частности, неврозов как результата «сшибки» процессов возбуждения и торможения). Наряду с условными рефлексами на раздражители, подкрепляемые безусловными, П. выделил другие категории рефлексов (ориентировочный, рефлекс свободы, рефлекс цели), объясняющие биологическое своеобразие жизнедеятельности. П. преобразовал традиционное учение об органах чувств в учение об анализаторах как целостных «приборах», производящих высший анализ и синтез раздражителей внешней и внутренней среды. Принципиально новым в трактовке этих раздражителей являлся вывод П. об их сигнальной функции (идея, восходящая к Сеченову). Благодаря принципу сигнальности предвосхищается течение будущих событий и поведение организуется соответственно возможным благоприятным или неблагоприятным для организма ситуациям. Выводы П. о закономерностях образования условных рефлексов и сигнальной модификации поведения стали одним из истоков кибернетики. Определяя качественное различие между высшей нервной деятельностью человека и животных, П. выдвинул учение о двух сигнальных системах. Первые (сенсорные) сигналы взаимодействуют со вторыми (речевыми). Благодаря слову как «сигналу сигналов» мозг отражает реальность в обобщенной форме, вследствие чего радикально изменяется характер регуляции поведения. П. разработал также учение о типах высшей нервной деятельности, о «динамическом стереотипе» как устойчивом комплексе реакций на раздражители и др. Создал международную научную школу. Работы П. произвели коренные преобразования в физиологии, медицине и психологии, утвердив детерминистский и объективный подходы к исследованию поведения живых существ.

ПАМЯТЬ — процессы организации и сохранения прошлого опыта, делающие возможным его повторное использование в деятельности или возвращение в сферу сознания. П. связывает прошлое субъекта с его настоящим и будущим и является важнейшей познавательной функцией, лежащей в основе развития и обучения. Исследования П. имеют междисциплинарный характер, так как в

различных формах она встречается на всех уровнях жизни и включает не только процессы сохранения индивидуального опыта, но и механизмы передачи наследственной информации. Роль организации материала при запоминании подчеркивалась гештальтпсихологией. В психоанализе была предпринята попытка объяснения явлений забывания

«вытеснением» неприятных, травмирующих впечатлений из сферы сознания. Английский психолог Ф. Бартлетт показал сложный реконструктивный характер процесса припоминания рассказов и зависимость его от существующих в данной среде культурных норм. Роль социокультурных факторов в формировании высших форм П. человека выявили французский психолог П. Жане и французский социолог М. Хальбвакс. Наряду с запоминанием произвольным изучались также процессы запоминания непроизвольного. Так, П. И. Зинченко и А. А. Смирнов исследовали зависимость успешности процессов запоминания от их места в структуре деятельности. В ходе онтогенетического развития (см. Онтогенез) происходит смена способов запоминания, возрастает роль процессов выделения в материале осмысленных, семантических связей. Различные виды П. — моторная, эмоциональная, образная, словесно-логическая — иногда описываются как этапы такого развития. Заметное влияние на постановку проблемы П. оказала известная аналогия между этапами переработки информации человеком и структурными блоками вычислительных устройств (см. Моделирование в психологии). При психологическом анализе П. важно учитывать, что она входит в целостную структуру человеческой личности. По мере развития мотивационно-потребностной сферы человека может изменяться его отношение к своему прошлому, вследствие чего одно и то же знание может по-разному храниться в П. человека.

ПАМЯТЬ ДОЛГОВРЕМЕННАЯ — подсистема памяти, обеспечивающая продолжительное (часы, годы, иногда десятилетия) удержание знания, а также сохранение умений и навыков и характеризуемая огромным объемом сохраняемой информации. Основным механизмом ввода данных в П. д. и их фиксации обычно считается повторение, которое осуществляется на уровне памяти кратковременной. Однако чисто механическое повторение не приводит к устойчивому долговременному запоминанию. Кроме того, повторение служит необходимым условием фиксации данных в П. д. лишь в случае вербальной или легко вербализуемой информации. Решающее значение имеет осмысленная интерпретация нового материала, установление связей между ним и тем, что уже известно субъекту. В П. д. одновременно функционирует несколько форм организации знаний. Одной из них является организация семантической информации в иерархические структуры по принципу выделения более абстрактных, родовых и более специфических, видовых понятий. Другой формой организации, характерной для житейских категорий, является группировка отдельных понятий вокруг одного или нескольких представителей категории — прототипов. Семантическая информация в П. д. включает как понятийные, так и эмоционально-оценочные моменты, отражающие различное личностное отношение субъекта к тем или иным сведениям (см. Значение, Личностный смысл). Исследование организации информации в П. д. является поэтому важным средством диагностики познавательной сферы и личности (см. Психодиагностика, Психосемантика).

ПАМЯТЬ КРАТКОВРЕМЕННАЯ — подсистема памяти, обеспечивающая оперативное удержание и преобразование данных, поступающих от органов чувств и из памяти долговременной. Необходимым условием перевода материала из памяти сенсорной в П. к. считается обращение на него внимания. Центральную роль при кратковременном удержании данных играют процессы внутреннего называния и активного повторения материала, протекающие обычно в форме скрытого проговаривания. Выделяют два вида повторения. В

первом случае оно носит относительно механический (акустико-артикуляционный) характер и не приводит к каким-либо заметным преобразованиям материала. Этот вид повторения позволяет удерживать информацию на уровне П. к., хотя недостаточен для ее перевода в долговременную память. Синонимы П. к. — «оперативная» память и «рабочая» память.

ПАМЯТЬ СЕНСОРНАЯ — (от лат. *sensus* — чувство, ощущение) — гипотетическая подсистема памяти, обеспечивающая удержание в течение очень короткого времени (обычно менее одной секунды) продуктов сенсорной переработки информации, поступающей в органы чувств. В зависимости от вида стимулов

различают память иконическую (зрение), память эхоическую (слух) и другие виды П. с. Предполагается, что в П. с. удерживаются физические признаки информации; это отличает ее от памяти кратковременной и памяти долговременной, для которых типичны соответственно вербально-акустическое и семантическое кодирование. Данное отличие имеет условный характер, так как сохранение физических (перцептивных) признаков может быть долговременным, а выделение семантических характеристик возможно уже на относительно ранних этапах обработки материала.

ПАНИКА МАССОВАЯ (от греч. *panikón* — безотчетный ужас) — один из видов поведения толпы. Психологически характеризуется состоянием массового страха перед реальной или воображаемой опасностью, нарастающего в процессе взаимного заражения и блокирующего способность рациональной оценки обстановки, мобилизацию волевых ресурсов (см. Воля) и организацию совместного противодействия. Взаимодействующая группа людей тем легче вырождается в паническую толпу, чем менее ясны или субъективно значимы общие цели, чем ниже сплоченность группы и авторитет ее лидеров. Выделяют социально-ситуативные условия возникновения П. м., связанные с общей обстановкой психической напряженности ("м. Напряженность психическая), вызывающей состояние тревоги, ожидание тяжелых событий (землетрясение, война, военный переворот и т. д.); общепсихологические условия (неожиданность, испуг, связанный с недостатком сведений о конкретном источнике опасности, времени ее возникновения и способах противодействия); физиологические условия (усталость, голод, опьянение и т. д.). Подробное изучение условий и механизмов возникновения и развития П. м. позволяет разрабатывать специальные меры для профилактики и прекращения уже возникшей П. м.

ПАНТОМИМИКА (в психологии) — см. Выразительные движения.

ПАРАДИГМА (от греч. *paradeigma* — пример, образец) — система основных научных достижений (теорий, методов), по образцу которых организуется исследовательская практика ученых в данной области знаний (дисциплине) в определенный исторический период. Понятие введено американским историком Т. Куном, выделившим различные этапы в развитии научной дисциплины: препарадигмальный (предшествующий установлению П.), господства П. («нормальная наука»), кризиса в научной революции, заключающейся в смене П., переходе от одной к другой.

ПАРАДОКС (от греч. *paradoxos* — неожиданный, странный) — 1) мнение, суждение, умозаключение, резко расходящееся с общепринятым, противоречащее «здравому смыслу» (иногда лишь на первый взгляд); 2) неожиданное явление, событие, не соответствующее привычным представлениям, 3) в теории множеств и формальной логике — противоречие, возникающее при всяком отклонении от истины. В логике противоречие синонимично термину «антиномия» — противоречие в законе — так называют любое рассуждение, доказывающее как истинность тезиса, так и истинность его отрицания (антитезиса). Нередко П. возникает, когда два взаимоисключающих (противоречащих) суждения оказываются в равной

степени доказуемыми. Термин П. возник в античной философии (Платон, Аристотель) для характеристики нового, необычного, оригинального мнения. Он может проявляться как в научной теории, так и в обыденных жизненных рассуждениях, при этом П. выглядит как отрицание некоторого мнения, кажущегося «безусловно правильным». Поскольку оригинальность высказывания воспринять гораздо проще, чем разбираться в его истинности или ложности, то парадоксальные высказывания часто воспринимаются как свидетельства независимости и самобытности выражаемого субъектом мнения, особенно если оно имеет четкую афористическую форму. Если возникает задача выявления источника П. и нахождения способа его устранения, то анализ парадоксальных высказываний и ситуаций показывает, что чаще всего они возникают при распространении на целое закономерностей, установленных для его частей.

ПАРАМНЕЗИЯ (от греч. para — возле, около, mnesia — воспоминание) — обманы памяти, «ложные воспоминания». Чаще всего под П. понимают расстройства памяти, при которых происходящее в данный момент кажется знакомым, уже пережитым когда-то. В возникновении П. в норме важную роль играют эмоции и аффекты, типичным является, в частности, переоценка влияния собственной личности на исход некоторых, имевших место в прошлом событий. В современной медицинской психологии установлена связь П. с пограничными состояниями (стресс, острое и хроническое утомление), психастенией и другими изменениями функционирования центральной нервной системы.

ПАРАПСИХОЛОГИЯ (от греч. para — возле, около) — обозначение гипотез и представлений, относящихся к психическим явлениям, объяснение которых не имеет строго научного обоснования и к которым относят прежде всего так называемое экстрасенсорное восприятие, т.е. прием информации человеком, не связанный с функционированием известных науке органов чувств (телепатия, ясновидение и пр.). Исследование феноменов П. началось с конца XIX в. и хотя так и не привело к выводам об их природе и механизмах, однако способствовало познанию психологических закономерностей гипноза, идеомоторных актов, субсенсорного восприятия, феноменальной памяти и вычислительных способностей и т.п. Явления, о которых говорит П., остаются до сих пор предметом дискуссий. Синоним П. — психотроника.

ПАРАФАЗИЯ (от греч. para — возле, около, phasis — речь) — замена требуемых звуков (букв) речи или слов на другие; неправильное употребление отдельных звуков (букв) или слов устной и письменной речи. Различают два вида П.: литеральную и вербальную. При локальных поражениях речевых зон коры левого полушария мозга (у правшей) П. представляет собой проявления различных форм афазии. Литеральная П. выражается в виде ошибочной замены отдельных звуков (или слогов) в словах, в основе которых лежат сенсорные или моторные нарушения речи. Вербальная П. характеризуется заменой одних слов другими, близкими по смыслу (см. Контаминация). Литеральные и вербальные П. у детей наблюдаются при алалии и представляют собой проявление общего речевого недоразвития.

ПАРОКСИЗМ (от греч. paroxusmos — раздражение) — 1) обострение, усиление какого-либо болезненного процесса, иногда принимающего форму припадка, наступающего внезапно; 2) острая форма переживания какой-либо эмоции (например, отчаяния, ярости, ужаса и т. п.).

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОМНЕНИЯ (от греч. pathos — страдание, болезнь, logos — учение) — см. Сомнения патологические.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ (от греч. pathos — страдание, болезнь) — раздел медицинской психологии, изучающий закономерности распада психической деятельности и свойств личности при болезни. Анализ патологических изменений осуществляется на основе сопоставления с характером формирования и протекания психических процессов, состояний и свойств

личности в норме. В этом состоит основное отличие П., интерпретирующей данные исследования в категориях психологической теории, от психопатологии — области психиатрии, изучающей патологию психики на основе общеклинических категорий (возникновение и исход болезни как клинически закономерная смена симптомов и синдромов). При этом если клинические (психопатологические) исследования обнаруживают, описывают и систематизируют проявления нарушенных психических процессов, то П. вскрывает характер протекания и особенности структуры психических процессов, приводящих к наблюдаемым в клинике симптомам. П. изучает психические расстройства в первую очередь экспериментально-психологическими методами. Прикладное значение П. в практике медицины проявляется в использовании полученных в эксперименте данных для дифференциальной диагностики расстройств психики, установления степени выраженности психического дефекта в интересах экспертизы (судебной, трудовой, военной и т.д.), оценки эффективности проводимого лечения по объективным характеристикам динамики психического состояния больных, анализа возможностей

личности больного с точки зрения ее сохранных сторон и перспектив компенсации утраченных свойств в целях выбора оптимальных психотерапевтических мероприятий, проведения индивидуальной психической реабилитации.

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (от греч. pais (paidos) — дитя и ago — веду, воспитываю) — отрасль психологии, изучающая психологические проблемы обучения и воспитания. П. п. исследует психологические вопросы целенаправленного формирования познавательной деятельности и общественно значимых качеств личности; условия, обеспечивающие оптимальный развивающий эффект обучения; возможности учета индивидуальных психологических особенностей учащихся; взаимоотношения между педагогом и учащимися, а также внутри учебного коллектива; психологические основы самой педагогической деятельности (психология учителя). Сущностью индивидуального психического развития человека является усвоение им общественно-исторического опыта, зафиксированного в предметах материальной и духовной культуры; усвоение это осуществляется посредством активной деятельности человека, средства и способы которой актуализируются в общении с другими людьми. П. п. можно разделить на психологию обучения (исследующую закономерности усвоения знаний, умений и навыков) и психологию воспитания (изучающую закономерности активного, целенаправленного формирования личности). По сферам применения П. п. можно выделить психологию дошкольного воспитания, психологию обучения и воспитания в школьном возрасте с разделением на младший, средний и старший школьный возрасты, имеющие свою существенную специфику (см. Возрастная психология), психологию профессионально-технического образования, психологию высшей школы.

ПЕДОЛОГИЯ (от греч. pais (paidos) — дитя, logos — учение) — течение в психологии и педагогике, возникшее на рубеже XIX-XX вв., обусловленное распространением эволюционных идей и развитием прикладных отраслей психологии и экспериментальной педагогики. Содержание П. составила совокупность психологических, анатомо-физиологических, биологических и социологических подходов к развитию ребенка, однако эти подходы оказались связанными между собой чисто механически. В исследованиях ученых, работавших в области П., был накоплен большой эмпирический материал о развитии поведения детей. Ценным в П. было стремление изучать развитие ребенка в условиях комплексного подхода, практической направленности на диагностику психического развития. Постановлением ЦК ВКП(б) (1936) П. была объявлена «псевдонаукой» и прекратила свое существование. Результатом разгрома П. явилось торможение развития педагогической и

возрастной психологии, отставание в области психодиагностики, ослабление внимания к личности ребенка в процессах обучения и воспитания (так называемая «бездетность» педагогики).

ПЕРВАЯ СИГНАЛЬНАЯ СИСТЕМА — см Сигнальные системы.

ПЕРЕЖИВАНИЕ (в психологии) — 1) любое испытываемое субъектом эмоционально окрашенное состояние и явление действительности, непосредственно представленное в его сознании и выступающее для него как событие собственной жизни; 2) наличие стремлений, желаний и хотений, представляющих в индивидуальном сознании процесс выбора субъектом мотивов и целей его деятельности и тем самым способствующих осознанию отношения личности, к происходящим в ее жизни событиям; 3) форма активности, возникающая при невозможности достижения субъектом ведущих мотивов его жизни, крушении идеалов и ценностей и проявляющаяся в преобразовании его психологического мира, направленном на переосмысление своего существования. Это позволяет человеку в критической жизненной ситуации (см. Кризис) перенести тяжелые события, обрести благодаря переоценке ценностей осмысленность существования.

ПЕРЕНОС — влияние ранее сформированного действия (навыка) на овладение новым действием. П. обнаруживается в том, что овладение новым действием происходит легче и быстрее, чем овладение предыдущим действием. Механизм П.

заключается в выделении субъектом (не обязательно осознанно) общих моментов в структуре освоенного и осваиваемого действий. Чем отчетливее выделяются эти сходные моменты, тем легче и шире П. Можно сказать, что мера П. зависит от полноты ориентировки субъекта на критерии и основания выполнения действия (см. Ориентировочная основа действия). П. незначителен в случае ориентировки не на существенные, основополагающие отношения, а на внешние, ситуативные. П. могут подвергаться любые компоненты действия, а также той ситуации, в которой происходит освоение или применение этого действия.

ПЕРСЕВЕРАЦИЯ (от лат. *perseveratio* — упорство) — циклическое повторение или настойчивое воспроизведение, часто вопреки сознательному намерению, какого-либо действия, мысли или переживания. Различают П. в двигательной, эмоциональной, сенсорно-перцептивной (см. Эйдетизм) и интеллектуальной сферах. Тенденция к П. часто наблюдается в клинике локальных поражений мозга, при речевых, двигательных и эмоциональных расстройствах; П. возможны также при отвлечении внимания или состояниях острого переутомления (см. Утомление). Предполагают, что в основе П. лежат процессы циклического возбуждения нейронных структур, связанные с запаздыванием сигнала о прекращении действия.

ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ (от лат. *persona* — личность) — процесс, в результате которого субъект получает идеальную представленность в жизнедеятельности других людей и может выступить в общественной жизни как личность. Сущность П. заключается в действенных преобразованиях интеллектуальной и аффективно-потребностной сферы личности другого человека, которые происходят в результате деятельности индивида. Понятие П. в этом значении введено В. А. Петровским. Потребность в П. (потребность быть личностью) — не всегда осознаваемая глубинная основа многих форм общения между людьми (альтруизма, аффилиации, стремления к самоопределению и общественному признанию и др.). Единственный эффективный путь удовлетворения потребности в П. — деятельность, поскольку именно посредством своей деятельности человек продолжает себя в других людях, транслирует другим свою индивидуальность. Способность к П. представляет собой совокупность индивидуально-психологических особенностей человека, которые позволяют ему осуществлять социально значимые деяния, преобразующие других людей. Способность к П. обеспечивается богатством

индивидуальности субъекта, разнообразием средств, с помощью которых он может в общении и деятельности осуществлять персонализирующее воздействие. Во многих экспериментальных работах выявлено, что П. субъекта происходит при условии его значимости для другого, референтности и эмоциональной привлекательности. При других условиях П. отсутствует. Экспериментально показано (см. Принцип отраженной субъектности), что полноценное и социально-позитивное проявление способности к П. обнаруживается в общностях такого типа, как коллектив, тогда как в группах низкого уровня развития П. одного человека (лидера) может оказаться причиной деперсонализации остальных людей.

ПЕРСОНАЛИЗМ (в психологии) (от лат. *persona* — личность) — направление, считающее предметом психологии личность как особую первичную реальность. Развитие личности П. относит на счет изначально присущего ей стремления к самоактуализации, внутреннему самоусовершенствованию и все психические процессы рассматривает с точки зрения достижения этой цели. П. дает идеалистическое и телеологическое объяснение целостности и активности личности.

ПЕРСОНИФИКАЦИЯ (от лат. *persona* — личность, лицо и *facere* — делать) — наделение животных и растений, отвлеченных понятий, неодушевленных предметов и явлений природы человеческими свойствами, представление их в лицах. Синоним П. — олицетворение.

ПЕРЦЕПТИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ — структурные единицы процесса восприятия у человека. П. д. обеспечивают сознательное выделение того или иного аспекта чувственно заданной ситуации, а также преобразование сенсорной информации, приводящее к построению образа, адекватного предметному миру и задачам деятельности.

ПЕРЦЕПЦИЯ (от лат. *perceptio* — восприятие) — процесс непосредственного активного отражения когнитивной сферой человека внешних и внутренних предметов (объектов), ситуаций, событий, явлений и т. п. (см. Восприятие).

ПЕРЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНАЯ (от лат. *perceptio* — восприятие и *socialis* — общественный) — восприятие, понимание и оценка людьми социальных объектов (других людей, самих себя, групп, социальных общностей и т.п.). Термин П. с. ввел американский психолог Дж. Брунер (1947) для обозначения факта социальной обусловленности восприятия, его зависимости не только от характеристик стимула — объекта, но и прошлого опыта субъекта, его целей, намерений, значимости ситуации и т. д. Позже под П. с. стали понимать целостное восприятие субъектом не только предметов материального мира, но так называемых социальных объектов (других людей, групп, классов, народностей и т. д.), социальных ситуаций и т. п. Было установлено, что восприятие социальных объектов обладает рядом специфических черт, качественно отличающих его от восприятия неодушевленных предметов. Во-первых, социальный объект (индивид, группа и т. д.) не пассивен и не безразличен по отношению к воспринимающему субъекту, как это имеет место при восприятии неодушевленных предметов. Воздействуя на субъекта восприятия, воспринимаемый человек стремится трансформировать представление о себе в благоприятную для своих целей сторону. Во-вторых, внимание субъекта П. с. сосредоточено прежде всего не на моментах порождения образа как результата отражения воспринимаемой реальности, а на смысловых и оценочных интерпретациях объекта восприятия, в том числе причинных (см. Атрибуция каузальная). В-третьих, восприятие социальных объектов характеризуется большей слитностью познавательных компонентов с эмоциональными (аффективными) компонентами, большей зависимостью от мотивационно-смысловой (см. Мотивация, Смысл) структуры деятельности воспринимающего субъекта. В этой связи термин «перцепция» приобретает в социальной психологии расширенное толкование.

ПИАЖЕ Жан (1896-1980) — швейцарский психолог. Выдвинул концепцию стадияльного развития психики. В первых работах («Речь и мышление ребенка», 1923) детально проанализировал качественную специфику детского мышления. Используя метод клинической беседы, выдвинул, опираясь на суждения ребенка, положение о том, что главной отличительной характеристикой его познавательной деятельности является эгоцентризм, в силу которого он смешивает субъективное и объективное, переносит свои внутренние побуждения на реальные связи вещей. В мышлении ребенка обнаруживаются и такие особенности, как магия (словам и жестам придается сила воздействия на внешние предметы), анимизм (эти предметы наделяются сознанием и волей), артифициализм (явления окружающего мира считаются изготовленными людьми для своих целей). Эти свойства мышления отражаются в эгоцентрической речи (см. Речь эгоцентрическая) ребенка, выражающей «логику чувств» и не выполняющей коммуникативной функции. Эгоцентризм преодолевается благодаря социализации. В дальнейшем П. пересмотрел этот взгляд, разработав особую логическую систему, позволяющую описать развитие психики ребенка как трансформацию совершаемых им действий (операций). Из системы реальных внешних действий (сенсомоторный интеллект), которые координируются в целостные системы и превращаются в действия внутренние (см. Интериоризация), возникает логико-математический строй человеческого познания. Для этого действия должны приобрести особые признаки и превратиться в операции. Сенсомоторная и дооперациональная стадии сменяются операциональной. Взаимозависимость операций, их обратимость (для каждой операции имеется противоположная либо обратная ей операция) создают устойчивые и вместе с тем подвижные целостные структуры. От стадии конкретных операций (которую П. датировал младшим школьным возрастом) мышление переходит на стадию формально-логических операций, завершающуюся к 15 годам («Психология интеллекта», 1946). Принципы операциональной концепции интеллекта П. считал

ключевыми для понимания эволюции мышления в различные исторические эпохи и для различных областей знания, разработав, исходя из этого положения, особое направление исследований, названное им генетической эпистемологией (см. Эпистемология. генетическая).

ПИКТОГРАММА (от лат. pictus — рисованный и греч. gramma — запись) — рисуночное письмо, используемое в психологии как методическое средство при изучении опосредствованного запоминания. П. была предложена российским психологом А.Р. Лурия в 30-х гг. и нашла широкое применение в психиатрии и медицинской психологии в качестве диагностического приема. Общий вид П. — совокупность графических образов, которые испытуемый придумывает сам с целью эффективного запоминания и последующего воспроизведения каких-либо слов и выражений. Как диагностический прием П. относится к разряду проективных тестов (см. Тесты проективные), так как часто отражает скрытые мотивы, личные проблемы и опасения испытуемых. Предполагается, что процесс выбора и построения графических образов позволяет обнаружить не только расстройства памяти, но и нарушения понятийного мышления (см. Мышление словесно-логическое).

ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — пробно-поисковый тип исследования, которое проводится до основного и является его упрощенной формой. В социальной психологии П. и. (рабочий термин «зондаж») применяется для установления необходимого объема выборки, уточнения содержания и числа вопросов анкеты, времени опроса и др.; в тестологии П. и. (рабочий термин — «протест») служит средством выявления некоторых стандартов основного теста. П. и. — важнейшая часть в планировании любого экспериментально-психологического исследования: оно обеспечивает определение главного направления, принципов организации и методов основного исследования,

уточняет наиболее важные гипотезы. В отечественной психологии более употребительным является термин «поисковый эксперимент».

ПИРСОН Карл (1857-1936)— английский математик и биолог. С целью проверки теории Дарвина разработал статистический аппарат, получивший широкое распространение в психологии, в частности при исчислении коэффициента корреляции между различными переменными (см. Корреляционный анализ).

ПЛАЦЕБО-ЭФФЕКТ (от лат. placebo — поправляюсь) — изменение в физиологическом и психологическом состоянии субъекта, вызываемое приемом плацебо — безвредного препарата, назначаемого под видом какого-либо лекарственного средства. П.-э. демонстрирует психотерапевтическое действие (см. Психотерапия) самого факта приема лекарства и применяется, когда необходимо установить степень участия внушения в лечебном действии нового препарата. При этом группе испытуемых сообщается, что их будут лечить новым средством, после чего половине группы дается плацебо. Сравнение результатов по Двум подгруппам позволяет судить о действительной эффективности лекарства. П.-э. используется также в психотерапии и некоторых экспериментальных психологических задачах.

ПЛЮРАЛИЗМ (социально-психологический аспект) (от лат. pluralis — множественность) — проявление в деятельности и общении широкого спектра мнений, ориентации, многовариантности оценок, высказываемых индивидами относительно значимых для них ситуаций. В П. проявляется социальная активность личности, ее потребность в отстаивании собственных позиций, способность к рефлексии, терпимость к мнениям других. Наиболее часто П. можно наблюдать при принятии групповых решений и в групповой дискуссии, в особенности при совместной творческой деятельности. П. — важная характеристика конструктивности общения, эффективного межличностного взаимодействия. Будучи неотъемлемым условием гласности, демократизации и нового мышления, П. является важным феноменом политической психологии. П. несовместим с догматизмом, тоталитарным мышлением и авторитарным руководством.

ПОВЕДЕНИЕ — присущее живым существам взаимодействие с окружающей средой, опосредствованное их внешней (двигательной) и внутренней (психической)

активностью. Термин «П.» применим как к отдельным особям, индивидам, так и к их совокупностям (П. биологического вида, социальной группы). Первые попытки научно понять П. возникли на основе механистического детерминизма, в категориях которого П. трактовалась по типу взаимодействия физических тел. Эволюционное учение в биологии (Ч. Дарвин) позволило объяснить целесообразность П. живых существ, стимулировав разработку объективных методов исследования П. в единстве его внешних и внутренних проявлений. На основе биологического детерминизма сложилось учение о высшей нервной деятельности животных, синонимом которой И. П. Павлов считал П. Бихевиоризм противопоставил П. сознанию, полагая, что предметом психологии является только П., которое было сведено к совокупности двигательных реакции на внешние стимулы. В дальнейшем сторонники бихевиоризма внесли в эту схему коррективы (см. Необихевиоризм) Своеобразие П. индивида зависит от характера его взаимоотношений с группами, членом которых он является, от групповых норм, ценностных ориентации, ролевых предписаний (см. Роль). Неадекватность П. (выражающаяся, в частности, в переоценке личностью своих возможностей, расщеплении вербального и реального планов, ослаблении критичности при контроле за реализацией программы П.) отрицательно сказывается на межличностных отношениях.

ПОВЕДЕНИЕ АГРЕССИВНОЕ — специфическая форма действий человека, характеризующихся демонстрацией превосходства в силе или применением

силы по отношению к другому человеку или группе лиц, которым субъект стремится причинить ущерб. П. а. может варьироваться по степени интенсивности и форме проявления: от демонстрации неприязни и недоброжелательства до словесных оскорблений («вербальная агрессия») и применения грубой физической силы («физическая агрессия»). В социально-психологическом плане имеет значение суммация П. а. отдельных личностей, превращение межличностной агрессии в межгрупповую в рамках так называемых массовидных явлений. В зарубежной психологии существует множество объяснений П. а. Так, психоанализ видит в нем проявление Эдипова комплекса, результат подавления инстинктивных либидозных (см. Либидо) стремлений в раннем детстве; необихевиоризм считает П. а. следствием фрустраций, претерпеваемых личностью в процессе «социального научения»; интеракционизм — следствием объективного «конфликта интересов», «несовместимости целей» отдельных личностей и социальных групп; когнитивизм (см. Когнитивная психология) — результатом «диссонансов» и «несоответствий» в познавательной сфере субъекта (см. Когнитивного соответствия теории). Существуют и откровенно биологизаторские попытки объяснить П. а. как чисто инстинктивное (см. Инстинкт).

ПОВЕДЕНИЕ ДЕВИАНТ-НОЕ (от лат. deviate — отклонение) — см. Отклоняющееся поведение.

ПОВЕДЕНИЕ ПОЛЕВОЕ — преобладающая ориентация субъекта на ситуативно значимые объекты воспринимаемого окружения в отличие от ориентации на принятую цель деятельности', совокупность импульсивных ответов на стимулы окружающей среды. П. п. наблюдается в раннем детском возрасте, а также при некоторых нарушениях психической регуляции деятельности взрослого человека.

ПОВЕДЕНИЯ ТЕРАПИЯ (от греч. therapeia — лечение) - сложившийся в США метод психотерапии, основанный на принципах бихевиоризма. Психические и эмоциональные расстройства рассматриваются при этом как нарушение адаптации индивида к существующим условиям. Задача П. т. усматривается в формировании привычек, облегчающих конформное приспособление человека к действительности. В настоящее время понятие П. т. все чаще заменяется понятием «модификация поведения».

ПОВТОРЕНИЕ — воспроизведение усвоенных знаний и действий с целью облегчения их запоминания. В общей психологии П. рассматривается прежде всего в связи с исследованием памяти. П. изучается как средство установления новых

смысловых связей, раскрытия новых отношений в предмете, актуализации человеком тех или иных способов деятельности. Другой функцией П. является совершенствование действий по различным параметрам. Выполнение специально подобранных упражнений и П. действия в меняющихся условиях обеспечивают приобретение им таких качеств, как обобщенность и осознанность. Многократное П. действия в стереотипных условиях ведет к образованию автоматизма.

ПОГРАНИЧНЫЕ СИТУАЦИИ — ситуации индивидуального существования (личного бытия), в которых самосознание личности обостряется и человек непроизвольно познает себя. Согласно К. Ясперсу, П. с. возникают перед лицом смерти, вины, испытаний с непредсказуемым исходом. П. с. побуждают человека опираться на свои сущностные силы и служат источником рефлексии. П. с. — важные моменты саморазвития личности, стимулы деятельности', в то же время они способны вызвать чрезмерное напряжение (см. Стресс), могут послужить причиной невротизации и психических травм.

ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ — обозначение слабых, стертых форм нервно-психических расстройств, находящихся вблизи условной границы между психическим здоровьем и выраженной патологией. Круг таких расстройств

очень широк. Выделяются П. с. в узком смысле — это психогении без острых психотических расстройств (реактивные состояния, неврозы), психопатии, психические нарушения в экстремальных условиях деятельности. Певшироком, лечебно-практическом смысле — это медленно начинающиеся вялотекущие формы шизофрении, мягкие формы циркулярного психоза (циклотимия), психосоматические расстройства, хронический алкоголизм (без выраженной деградации личности) и т. д., когда больные не обнаруживают глубоких изменений психики. В целом для П. с. характерно наличие конкретных психосоциальных факторов, оказывающих доминирующее влияние на их формирование, и преходящее нарушение адаптивных возможностей и интегрированное™ личности. Люди, находящиеся в П. с, нуждаются в специализированной психотерапевтической и социально-психологической помощи, которая осуществляется как медицинскими учреждениями, так и ориентированными на здоровых людей консультативными центрами, по «телефону доверия» и т. д.

ПОДВИЖНОСТЬ — одно из первичных свойств нервной системы, состоящее в способности быстро реагировать на изменения в окружающей среде. Свойство П. описано и изучено в лабораториях И. П. Павлова. Тогда же были предложены и основные методические приемы для его диагностики, включавшие приемы определения скорости и легкости смены нервных процессов на процессы того же или противоположного знака, а также — скорости возникновения и прекращения нервного процесса. В дальнейшем из синдрома П. был выделен отдельный синдром нового свойства нервной системы — лабильность.

ПОДКРЕПЛЕНИЕ — в учении о высшей нервной деятельности (см. Павлов И. П.) безусловный раздражитель, вызывающий биологически значимую реакцию, при сочетании которой с предваряющим ее действием индифферентного стимула вырабатывается классический условный рефлекс. П., наносящее вред организму (например, удар электрическим током), называется отрицательным (наказание). П. в виде пищи называют положительным (награда). В ситуации инструментального обучения (при выработке какой-либо двигательной реакции) в функции отрицательного П. может выступать отмена награды, а положительным П. может стать отмена наказания.

ПОДРАЖАНИЕ — следование какому-либо примеру, образцу. П. встречается на разных возрастных этапах (см. Возраст.) индивидуального развития у человека. Несмотря на внешнее сходство, за явлениями П. у разных возрастных групп скрыты различные психологические механизмы. В младенческом возрасте П. движениям и звукам голоса взрослого представляет собой попытку установить первый «содержательный» контакт. П. в дошкольном возрасте — путь проникновения в смысловые структуры человеческой деятельности. Оно проходит ряд ступеней и изменяется вместе с изменением ведущей деятельности этого возраста — сюжетно-ролевой игры: первоначально ребенок подражает наиболее открытым для него сторонам и характеристикам взрослой деятельности, моделируемой в игре, и лишь постепенно начинает подражать тем сторонам поведения, которые действительно отражают смысл ситуации. П. в подростковом возрасте направлено на внешнюю (а иногда и внутреннюю) идентификацию подростком себя с некоторой конкретной, значимой для него личностью (см. Значимый другой; Референтность) либо с обобщенным стереотипом поведенческих и личностных характеристик (см. Стереотип социальный). П. у взрослых выступает элементом научения в некоторых видах профессиональной деятельности (спорт, искусство и др.).

ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ (ОТРОЧЕСТВО) — период онтогенеза (от 10-11 до 15 лет), соответствующий началу перехода от детства к юности. В историческом плане выделение П. в. как особой возрастной ступени (см.

Возраст) в становлении человека произошло в промышленно развитых странах в ХК-ХХ вв. П. в. относится к числу критических периодов онтогенеза, связанных с кардинальными преобразованиями в сфере сознания, деятельности и системы взаимоотношений индивида. Этот этап характеризуется бурным ростом человека, формированием организма в процессе полового созревания, что оказывает заметное влияние на психофизиологические особенности подростка. Основу формирования новых психологических и личностных качеств подростков составляет общение в процессе различных видов осуществляемой ими деятельности (учебной, производственной деятельности, занятий различными видами творчества, спорта и др.). Определяющей особенностью общения подростков является его ярко выраженный личностный характер. Изменение социальной ситуации развития подростков связано с их активным стремлением приобщиться к миру взрослых, ориентацией поведения на нормы и ценности этого мира. Характерным для П. в. новообразованием является «чувство взрослое», а также развитие самосознания и самооценки, интереса к себе как к личности, к своим возможностям и способностям. При отсутствии условий для индивидуализации и позитивной реализации своих новых возможностей самоутверждение подростка может принимать уродливые формы, приводить к неблагоприятным реакциям (см. Отклоняющееся поведение).

ПОДСОЗНАНИЕ (подсознательное) — собирательное понятие, которым обозначают различные неосознаваемые системы психики (например, предсознательное и бессознательное) или их совокупность. Понятие введено Э. Плятнером во второй половине XVIII в. и уточнено на уровне представлений о «душе-айсберг» Г. Фехнером в середине XIX в. Вопреки широко распространенному заблуждению, в учении З. Фрейда понятие «подсознание» практически не употреблялось, хотя именно психоанализ непреднамеренно содействовал популяризации этого понятия и его внедрению в общественное сознание я язык обыденной жизни.

ПОЗИЦИЯ СОЦИАЛЬНАЯ — 1) место, положение индивида или группы, в системе отношений в обществе, определяемое по ряду специфических признаков и регламентирующее стиль поведения. В этом значении П. с. синонимично понятию статус', 2) взгляды, представления, установки и диспозиции личности относительно условий собственной жизнедеятельности, реализуемые и отстаиваемые ею в референтных группах. В этом значении П. с. передает сущностную характеристику понятия социальная ситуация развития как единство субъективного и объективного в личности, формирующееся в совместной деятельности с другими. П.с. отражает идею иерархической организации личности как системной стратегии изучения психических явлений. Смена социальной позиции в деятельности человека, в результате чего он оказывается перед нравственным выбором в ситуации принятия новой для себя социальной роли, является основой изучения личности.

ПОЛ — а) биологический — совокупность контрастирующих генеративных признаков особей одного вида; б) социальный — комплекс соматических, репродуктивных, социокультурных и поведенческих характеристик, обеспечивающих индивиду личный, социальный и правовой статус мужчины и женщины. В

англоязычной литературе для разграничения этих понятии часто используются термины секс — биологический пол, связанный прежде всего с размножением, и тендер, обозначающий всю совокупность свойств, отличающих мужчину от женщины. Половая принадлежность человеческого индивида — многоуровневая система, элементы которой формируются на разных стадиях индивидуального развития. Первичное звено этого эволюционного процесса — хромосомный (генетический) набор, определяющий П., создается уже в момент оплодотворения и определяет

будущую генетическую программу организма. После рождения ребенка биологические факторы половой дифференциации дополняются социальными. Под влиянием отношения окружающих у ребенка формируются половое самосознание, сознание своей половой идентичности и связанная с этим система самооценок и предпочтений. В период полового созревания в результате соответствующих гормональных процессов, с одной стороны, и влияния окружающих людей — с другой, половая идентичность дополняется определенными сексуально-эротическими ориентациями и интересами.

ПОЛЕ (в психологии) — совокупность переживаемых субъектом актуальных («здесь и теперь») побудителей его активности. Понятие П. разрабатывалось в рамках гештальтпсихологии и топологической психологии и получало трактовку в соответствии с принципами этих научных школ западной психологии. С помощью понятия П. характеризуется поведение субъекта в той или иной конкретной ситуации в зависимости от принятой им ориентации (см. Полнезависимость).

ПОЛЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — тип исследования социальных явлений или поведения сообществ посредством изучения их в нормальных, естественных условиях. П. и. — это прежде всего изучение ограниченной в пространстве совокупности индивидов (людей или животных), пребывающих в своих повседневных рамках: коллектив людей в его социальном контексте; стая животных в естественных условиях естественного существования и др. Первые П. и. были связаны с работами этнологов, описывавших совокупность явлений, которые трудно было предвидеть и систематизировать заранее. Основная цель П. и. — открытие еще неизвестных процессов и определяющих их факторов. В зависимости от задач и используемых средств можно выделить три типа П. и.: поисковое (см. Пилотажное исследование) — имеющее описательный характер; диагностическое — направленное на решение практических задач; экспериментальное (см. Эксперимент) — связанное с проверкой гипотез. Важнейшим условием П. и. является обеспечение такого присутствия наблюдателя, которое не искажает естественный ход наблюдаемого процесса.

ПОЛЕНЕЗАВИСИМОСТЬ — понятие, обозначающее преимущественную ориентацию субъекта на внутренние эталоны упорядочивания внешних впечатлений в условиях, когда ему навязываются неадекватные формы ориентации во внешнем мире. П. охватывает широкий круг явлений: от явлений устойчивости и адекватности восприятия предметного мира в обстоятельствах, затрудняющих такое восприятие, до появления автономии личности в ситуации суггестивного (см. Суггестия) влияния группы, толпы. Независимое от поля поведение проявляется в преимущественной ориентации человека на собственную цель и в игнорировании давления наличной ситуации.

ПОЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (от греч. politika — государственные или общественные дела) — область психологии, изучающая психологические компоненты (настроения, мнения, чувства, ценностные ориентации и т. п.) в политической жизни общества, которые формируются и проявляются на уровне политического сознания наций, классов, социальных групп, правительств, индивидов и реализуются в их конкретных политических действиях. В психологической науке многие проблемы, составляющие предмет П. п. (политическое воспитание, общественное сознание, психология идеологического воздействия, политическая активность масс и др.), решалось в рамках социальной, педагогической и возрастной психологии, социологии, экономической науки, философии. В настоящее время П. п. — одно из активно развивающихся самостоятельных направлений психологии.

ПОЛИТИЧЕСКОЕ СОЗНАНИЕ — социально-психологические феномены, связанные с отношением человека к общественным институтам, прежде всего — к институтам власти. К ним относятся как сознательные, так и не всегда осознаваемые субъектом предпочтения того или иного типа организации

общественной жизни, распределения ответственности, установок по отношению к различным социальным системам и др. В каждом обществе имеются носители определенного типа П. с, которые не просто подчиняются данной системе власти, но и по убеждению предпочитают ее остальным. Среди типов П. с. выделяются, в частности, такие, как тоталитарное, авторитарное, демократическое и др. Особенности П. с. выражаются в ожиданиях людей по отношению к власти, в их приверженности определенным нравственным идеалам, в ценностных ориентациях, касающихся различных социальных процессов, и др.

ПОЛОВАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ — совокупность генетических, морфологических и физиологических признаков, на основании которых различаются мужской и женский пол. П. д. — это фундаментальное и универсальное свойство живого, связанное с функцией воспроизведения себе подобных. У человека П. д. социально обусловлена. С момента определения паспортного пола новорожденного ребенка начинается процесс его половой социализации — передачи ему устойчивых форм социального поведения в соответствии с половой ролью.

ПОЛОВАЯ ЖИЗНЬ — совокупность соматических, психических и социальных процессов, которыми движет и посредством которых удовлетворяется половое влечение (см. Сексуальное поведение). Вне зависимости от генитальных проявлений П. ж. человека содержит духовное общение, в результате которого достигается партнерами уровень близости, санкционирующий ряд желательных взаимных действий («диапазон приемлемости»).

ПОЛОВАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ — единство поведения и самосознания индивида, причисляющего себя к определенному полу и ориентирующегося на требования соответствующей половой роли. Первичная П. и. формируется у ребенка к полутора годам, а к трем-четырем годам половая принадлежность ассоциируется с определенными соматическими и поведенческими свойствами.

ПОЛОВОЕ ВЛЕЧЕНИЕ (лат. *libido* — страстное желание, похоть) — многозначный термин, обозначающий и сексуальное желание вообще, и стремление к телесному сближению с определенным человеком, и мотивационный аспект сексуальности. В психологии XIX в. П. в. считалось чисто инстинктивным и объяснялось либо как проявление потребности в продолжении рода, либо как стремление снять физиологическое напряжение, возникающее в результате деятельности половых желез. В современной сексологии эти явления обозначаются разными терминами. Количественная сторона, сила влечения (возбудимость, напряжение, длительность и т. п.) определяется в основном психогормональными процессами, зависит от половой конституции индивида и некоторых ситуативных факторов. Содержательная сторона (выбор объекта влечения, условия и способы его удовлетворения, оценочные критерии и т. д.) зависит от принятых в обществе норм и от особенностей индивидуального развития и воспитания. Сексуальный сценарий, формируемый в процессе социального научения, содержит характеристику субъекта, объекта и содержания сексуально-эротического действия, а также определение условий, места, мотивации, дозволенности и недозволенности его совершения.

ПОЛОВЫЕ РОЛИ — дифференциация деятельности, статусов, прав и обязанностей индивидов в зависимости от их половой принадлежности. Дифференциация П. р. проявляется в половозрастном разделении труда, системе половой стратификации, распределении власти и авторитета мужчин и женщин и в специфических процессах половой социализации, посредством которой эти отношения воспроизводятся и передаются из поколения в поколение. П. р. — вид социальных ролей, они имеют нормативный характер, выражают определенные социальные ожидания (экспектации), проявляются в поведении. На уровне культуры П. р.

существуют в контексте определенной системы половой символики и стереотипов маскулинности и фемининности. При изучении П. р. исследуется широкий круг вопросов: степень поляризации мужских и женских ролей в разных видах общественно-трудовой, семейной и обрядовой деятельности; содержание соответствующих ролей и ожиданий. Особый аспект проблемы — дифференциация сексуальных ролей, т. е. нормативных для данного пола правил и образцов сексуального поведения.

ПОЛЯРНЫХ ПРОФИЛЕЙ МЕТОД (от греч. polos — ось, полюс и итал. profile — очертание) — способ описания анализируемых объектов (понятий, социальных установок, социальных стереотипов и т. п.) с помощью набора биполярных шкал, заданных противопоставлением прилагательных, существительных или развернутых высказываний (предложений) (например, твердый — мягкий, теплый — холодный и т. п.). На основе обобщения ответов испытуемого о характере того или иного объекта по всей шкале (более мягкий или более твердый и т. п.) делается вывод о том, каково психологическое отношение его к данному объекту. В отличие от метода семантического дифференциала, П. п. м. не требует проведения факторного анализа и группировки шкал в более емкие категории.

ПОМОЩЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ — профессиональная помощь психолога в разрешении психологических проблем клиента. Выступает в двух формах: психологическое консультирование (см. Консультативная психология) и «не-врачебная» (гуманитарная) психотерапия. Психологическое консультирование включает диагностику и коррекцию, Психолог, осуществляя экспертный анализ и оценку проблемы клиента, строит на их основе рекомендации, советы, указания, адресованные консультируемому, а также в ряде случаев использует специально подобранные или разработанные им самим тренинговые (см. Тренинг социально-психологический) и коррекционные программы. Психологическое консультирование применяется в самых разнообразных областях деятельности: в бизнесе, образовании, социальной работе, при подборе кадров, в деятельности разного рода психологических служб и т. д. Неврачебная психотерапия состоит из множества различных направлений, подходов, школ, которые находятся одновременно в отношениях противоборства и взаимодополнительности. Многообразие психотерапевтической культуры структурируется разным видением и толкованием трех составляющих терапевтического процесса: терапевт — клиент — проблема. Несмотря на все различия, существующие между школами, цель терапии одна: позитивное изменение клиента.

ПОНИМАНИЕ — 1) способность постичь смысл и значение чего-либо и достигнутый благодаря этому результат; 2) вызванное внешними или внутренними воздействиями специфическое состояние сознания, фиксируемое субъектом как уверенность в адекватности воссозданных представлений содержанию воздействия. Без П. как особого состояния субъекта невозможно продолжение общения, координация действий и какие-либо другие осмысленные действия и воздействия. Для П. характерно ощущение ясной внутренней связанности, организованности рассматриваемых явлений. Это может быть логическая упорядоченность, ясное «видение» причинно-следственных связей. Наиболее подробно изучена роль языка в П. (в частности, в П. текстов и устных сообщениях на естественных и искусственных языках). К психологическим механизмам П. относятся идентификация, проекция, социальная перцепция (см. Перцепция социальная), эмпатия, инсайт, интуиция, каузальная атрибуция (см. Атрибуция каузальная).

ПОНИМАЮЩАЯ ПСИХОЛОГИЯ — направление в немецкой психологии конца XIX — начала XX вв., считавшее главной задачей психологического исследования не причинное объяснение душевной жизни человека, а ее понимание путем соотнесения ее внутренних смысловых образований

(переживаний) с миром культурно-исторических ценностей. Идею разработки данного направления выдвинул немецкий философ В. Дильтей, утверждавший, что «природу мы объясняем, а душевную жизнь понимаем». В основе этой идеи лежало противопоставление наук о природе наукам об обществе и отрицание самой возможности изучить социально-историческую обусловленность психики человека с помощью объективных, в том числе экспериментальных, научных методов. Выступление Дильтея против экспериментальной психологии как науки, якобы игнорирующей самые существенные особенности человеческого сознания, встретило решительные возражения со стороны ряда ее представителей, в частности немецкого психолога Г. Эббингауза, отмечавшего, что программа П. п. сводится к интуитивному постижению психики, не имеющему объективных критериев и причинных оснований и тем самым неизбежно выпадающему из общей системы научного знания о человеке. Последователь Дильтея немецкий философ Э. Шпрангер, который и ввел термин «П. п.», выделил шесть типов человеческого поведения по отношению к различным областям культуры. В качестве идеальной модели выступал человек (личность) — теоретический, экономический, социальный, политический и религиозный. В дальнейшем эта типология была использована для экспериментального изучения ценностных ориентации личности.

ПОНЯТИЕ — одна из логических форм мышления, высший уровень обобщения, характерный для мышления словесно-логического. П. может быть конкретным и абстрактным. Психология изучает развитие П. у человека. Проводится различие между усвоением П., выработанных другими людьми, и самостоятельной выработкой новых П. Проводится различие между житейскими и научными П., между стихийным и управляемым развитием П.

ПОПУЛЯЦИОННЫЙ МЕТОД — см Методы психогенетики.

ПОРОГ ОЩУЩЕНИЯ — величина раздражителя, вызывающего или меняющего ощущение. Минимальная величина раздражителя, впервые начинающего вызывать ощущение, называется нижним абсолютным П. о. Верхним абсолютным П. о. называют величину раздражителя, при которой ощущение либо исчезает, либо качественно меняется, например, превращается в болевое, как это имеет место при увеличении громкости звука или яркости света. Минимальный прирост величины раздражителя, сопровождающийся едва заметным изменением ощущения, называется разностным (или дифференциальным) П. о. Измерения абсолютных и дифференциальных П. о. привели в настоящее время к представлению о существовании более или менее широкой «пороговой зоны», внутри которой вероятность ответной реакции меняется от 0 до 1. Значения всех выделенных видов П. о. меняются в процессах адаптации и подвержены влиянию большого числа факторов — от пространственно-временных условий раздражения до индивидуальных особенностей функционального состояния наблюдателя. П. о. обратно пропорционален количественному показателю соответствующего вида чувствительности.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫЙ ОБРАЗ — зрительные ощущения, сохраняющиеся в течение некоторого, обычно непродолжительного, времени после прекращения действия оптического раздражителя. Различаются положительный и отрицательный П. о. Первый окрашен так же, как раздражитель, и бывает очень кратковременным. Отрицательный П. о. сохраняется в течение более длительного времени и окрашен в дополнительный цвет по отношению к цвету раздражителя. Так, в ответ на предъявление красного цвета возникает зеленый отрицательный П. о. При продолжительном или интенсивном действии раздражителя можно наблюдать несколько смен положительных и отрицательных П. о., которые продолжаются в течение десятков секунд или даже минут (см. Представления; Эйдетизм).

ПОСТУЛАТ НЕПОСРЕДСТВЕННОСТИ (от лат *postulatuin* — требование) — по-

ложение, согласно которому внешние раздражители, воздействуя на психику однозначно, определяют при этом ее проявления и связанные с ними реакции субъекта. В основе П. н. лежит игнорирующая опосредствующие психику факторы двучленная схема ее анализа: воздействие на рецептирующие (воспринимающие) системы субъекта— Аответные явления (субъективные или объективные), вызванные данным воздействием.

ПОСТУПОК — сознательное действие, оцениваемое как акт нравственного самоопределения человека, в котором он утверждает себя как личность в своем отношении к другому человеку, себе самому, группе или обществу, к природе в целом. П. — основная единица социального поведения. В нем проявляется и формируется личность человека. Реализации П. предшествует внутренний план действия, в котором представлено сознательно выработанное намерение, имеется прогноз ожидаемого результата и последствий для окружающих лиц и общества в целом. П. может быть выражен действием или бездействием; позицией, высказанной в словах; отношением к чему-либо, оформленным в виде жеста, взгляда, тона речи, смыслового подтекста; в действии, направленном на преодоление физических препятствий и поиск истины. При оценке П. необходимо учитывать систему социальных норм, принятых в данном социуме.

ПОТЕБНЯ Александр Афанасьевич (1835-1891) — русский филолог, психолог, славист, этнограф. Согласно П., язык — это деятельность, орган, который образует мысль (Мысль и язык, 1862). Все отношения человека к внешним предметам обусловлены тем способом, каким эти предметы представляются ему в языке. Каждый народ очерчен крутом своего языка, и выйти из этого круга он может только перейдя в другой. Истолковывал понимание как активный творческий процесс, формирующий духовный облик индивида. Психология поэтического творчества соответствует творчеству смысла слова. П. создал психологию восприятия и толкования художественных произведений. Ему принадлежит развернутая теория творческого процесса, исследование роли воображения в нем, характера воплощения замысла в определенном материале, установление отличия художественного и научного творчества. Большое внимание П. уделил психологической проблеме соотношения познания мира и самопознания, показав исторический характер самопознания, выраженный через отношение к прошлому и будущему человека. Самопознание — не акт созерцания, а прежде всего деятельность, в процессе которой человек узнает черты своей психики.

ПОТРЕБНОСТЬ (в психологии) — состояние индивида, создаваемое испытываемой им нужной в объектах, необходимых для его существования и развития, и выступающее источником его активности. П. выступает как такое состояние личности, благодаря которому осуществляется регулирование поведения, определяется направленность мышления, чувств и воли человека. П. человека обусловлены процессом его воспитания в широком смысле, т.е. приобщения к миру человеческой культуры. Поскольку процесс удовлетворения П. выступает как целенаправленная деятельность, П. являются источником активности личности. Если в П. деятельность человека, по существу, зависима от ее предметно-общественного содержания, то в мотивах эта зависимость проявляется в виде собственной активности субъекта. Поэтому раскрывающаяся в поведении личности система мотивов богаче признаками и более подвижна, чем П., составляющая ее сущность. Воспитание П. является одной из центральных задач формирования личности. ПОЭТАПНОГО ФОРМИРОВАНИЯ УМСТВЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ КОНЦЕПЦИЯ — выдвинутое Л. Я. Гальпериным учение о сложных многоплановых изменениях, связанных с образованием у человека новых действий, образов и понятий. В П. ф. у. д. к. выделяется шесть этапов, на которых происходят эти изменения. На первом этапе формируется мотивационная (см. Мотивация) основа действия

(складывается отношение субъекта к целям и задачам предстоящего Действия и к содержанию материала, намеченного для усвоения). На втором этапе составляется схема ориентировочной основы действия (выделяются системы ориентиров и указания, учет которых необходим для выполнения действия). В ходе освоения действия эта схема постоянно проверяется и уточняется. Третий этап — формирование действия в материальной (материализованной) форме (субъект производит требуемые действия с опорой на внешне представленные образцы действия, в частности на схему ориентировочной основы действия). Четвертый этап — «громкая социализованная речь», когда в результате многократного подкрепления состава действия систематически правиль-

ным решением разнообразных задач отпадает необходимость вещественного пользования ориентировочной схемой; ее содержание отражается в речи, которая выступает опорой для становящегося действия. На пятом этапе (формирование действия во «внешней речи про себя») происходит постепенное исчезновение внешней, звуковой стороны речи. На заключительном, шестом, этапе речевой процесс «уходит» из сознания, оставляя в нем только конечный результат — предметное содержание действия (см. Интериоризация). На каждом этапе действие выполняется сначала развернуто, а затем постепенно сокращается, «свертывается».

ПРАВОСОЗНАНИЕ — сфера общественного или индивидуального сознания, включающая правовые знания, отношение к праву и правоприменительной деятельности, Основные функции П. — познавательная, оценочная и регулятивная. Последняя реализуется через систему мотивов, ценностных ориентации, правовых установок.

ПАРАЛОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ — понятие, введенное Л. Леви-Брюлем для обозначения раннего этапа развития мышления, на котором формирование его основных логических законов еще не завершено: существование причинно-следственных связей уже осознано, но сущность их выступает в мистифицированной форме. Явления соотносятся по признаку причина — следствие и тогда, когда они просто совпадают по времени. Партиципация (сопричастность) событий, смежных во времени и пространстве, служит в П. м. основой для объяснения большинства событий, происходящих в окружающем мире. Человек при этом предстает тесно связанным с природой, особенно с животным миром (см. Тотем). При П. м. природные и социальные ситуации осознаются как процессы, происходящие под покровительством и при противодействии незримых сил. Порождением П. м. является магия как общераспространенная в первобытном обществе попытка влиять на окружающий мир.

ПРЕГНАНТНОСТЬ — см Гештальт

ПРЕДМЕТНО-РЕФЛЕКСИВНЫЕ ОТНОШЕНИЯ — интериоризованная (см. Интериоризация) система рефлексивных связей субъекта с другими людьми (см. Рефлексия), основывающаяся на способности к мысленному отражению позиции «другого» или представлений других об особенностях собственного видения предмета (объекта, проблемы). П.-р. о. являются необходимым компонентом познавательной активности субъекта, поскольку реконструкция воззрений других лиц относительно рассматриваемого предмета позволяет усмотреть в нем новые аспекты, стимулирует критичность мышления, делает возможным размышление в форме внутреннего диалога со значимыми другими людьми.

ПРЕДМЕТНО-ЦЕННОСТНОЕ ЕДИНСТВО КОЛЛЕКТИВА — нормативная интеграция индивидуальных деятельностей в группе, при которой каждая из них, будучи функционально специфична (по объекту, либо способам его преобразования) и занимая иерархически различные места в системе внутригрупповой активности, опосредована единым ценностным содержанием предмета социально обусловленной совместной деятельности. П.-ц. е. к. —

важнейшая составляющая интеграции социальной группы, как совокупного объекта деятельности. Оно проявляется, во-первых, в близости ценностных представлений (см. Ценностные ориентации) членов группы о предмете (цели) совместной деятельности, во-вторых, в единстве практического воплощения (актуализации) этих представлений в конкретных условиях деятельности. П.-ц. е. к. — не случайное совпадение ценностных регулятивов индивидуальной активности в группе. Оно закономерно порождается общественно детерминированной совместной деятельностью и может быть рассмотрено как феномен интеграции коллектива на высшем уровне (см. Ценностно-ориентационное единство коллектива).

ПРЕДРАССУДОК — см. Предубеждение.

ПРЕДСОЗНАТЕЛЬНОЕ, ПРЕДСОЗНАНИЕ — в классическом психоанализе З. Фрейда одна из трех систем психики человека (бессознательное — предсознательное — сознание), основным отличительным признаком которой выступает наличие в ней

информации и процессов, не являющихся сознательными душевными актами (например, воспоминаний, не актуализированных знаний и т.д.), но способных стать сознательными (осознанными) при совпадении определенных условий. Для П. также характерно наличие в нем преимущественно «связанной» энергии и вторичных процессов. В общем П. существенно отличается от бессознательного и сознания по содержанию (в т.ч. возможности и мере осознанности-неосознанности), форме энергии, типу процессов, характеру и форме информации и функциям. Как система психики П. обеспечивает взаимосвязь и взаимодействие сознания и бессознательного.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ — образы предметов, сцен и событий, возникающие на основе их припоминания или же продуктивного воображения. В отличие от восприятия, П. могут носить обобщенный характер. Если восприятия относятся только к настоящему, то П. относятся к прошлому и возможному будущему. П. отличаются от восприятия значительно меньшей степенью ясности и отчетливости. Тем не менее чувственно-предметный характер П. позволяет классифицировать их по модальности (П. зрительные, слуховые, обонятельные, тактильные и др.). Опора на П. хорошо знакомых сцен или мест служит одним из наиболее эффективных мнемонических средств (см. Мнемоника). Преобразования П. играют важную роль в решении мыслительных задач, особенно тех, которые требуют нового «видения» ситуации.

ПРЕДУБЕЖДЕНИЕ — установка, препятствующая адекватному восприятию сообщения или действия. Как правило, человек не осознает или не желает осознать, что он предубежден, и рассматривает свое отношение к объекту П. как следствие объективной и самостоятельной оценки каких-то фактов. П. может быть следствием поспешных и необоснованных выводов, базирующихся на личном опыте (см. Стереотип социальный), а также результатом некритического усвоения стандартизированных суждений, принятых в определенной общественной группе (предраассудок). П. нередко используется человеком для оправдания неблагоприятных поступков.

ПРЕСТИЖ (от фр. prestige — авторитет, влияние) — мера признания обществом заслуг индивида; результат соотнесения социально значимых характеристик субъекта со шкалой ценностей, сложившейся в данной общности.

ПРИНЦИП ОТРАЖЕННОЙ СУБЪЕКТНОСТИ — экспериментальный подход к исследованию личности индивида как субъекта идеальной представленности в жизнедеятельности других людей (см. Персонализация). П. о. с. разработан В. А. Петровским. В отличие от традиционных методов исследования личности, при реализации П. о. с. методики и тесты обращены не к тому индивиду, чья личность фактически интересует экспериментатора, а к другим людям (именуемым в эксперименте испытуемыми) — носителям отраженной

субъектности исследуемого индивида. Последний может находиться и вне экспериментальной ситуации, не зная о том, что его изучают. Об этом неизвестно и испытуемым. В соответствии с П. о. с. экспериментатор с помощью соответствующих методик (психосемантических, проективных, личностных опросников и др.) оценивает или измеряет психологические особенности испытуемых. Затем эксперимент продолжается в условиях реального или идеального присутствия Исследуемого. При описании экспериментов во избежание смешения с испытуемыми слово «Исследуемый» пишется с заглавной буквы. Изменения в индивидуальных проявлениях испытуемых служат характеристикой личности Исследуемого. П. о. с. не исключает, а предполагает использование и других методов исследования личности. Среди способов репрезентации Исследуемого испытуемому выделяются следующие: 1) реальное взаимодействие Исследуемого с испытуемым в пределах экспериментальной ситуации; 2) присутствие Исследуемого без его вмешательства в деятельность испытуемого и в сложившуюся ситуацию; 3) материализованные репрезентации Исследуемого испытуемому: предъявление фотографии, фонограммы голоса, символизирующих Исследуемого предметов и др.; 4) включение Исследуемого или его символических замещений в структуру экспериментального материала (например, образа Исследуемого в картинку проективного теста); 5) квазиприсутствие — гипнотическая актуализация образа

Исследуемого, воображаемое присутствие и т. д. В экспериментах зафиксированы изменения у испытуемых социальных установок, интересов, особенностей когнитивного стиля, способов разрешения конфликтов и т. д., что проясняет картину личностных особенностей Исследуемого.

ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ — акт формирования последовательности действий, ведущих к достижению цели на основе преобразования исходной информации в ситуации неопределенности. Процесс П. р. является центральным на всех уровнях переработки информации и психической регуляции в системе целенаправленной деятельности. Основные этапы процесса П. р. включают информационную подготовку решения и собственно процедуру П. р. — формирование и сопоставление альтернатив, выбор, построение и коррекцию эталонной гипотезы или программы действий. Структуру П. р. образуют цель, результат, способы достижения результата, критерии оценки и правила выбора.

ПРИПОМИНАНИЕ — умственные действия, связанные с поиском, восстановлением и извлечением из долговременной памяти (см. Память долговременная) необходимой информации. П. выступает как произвольная форма воспоминания.

ПРИСТЛИ Джозеф (1733-1804) — английский философ, химик, общественный деятель. Развивал и популяризировал учение Д. Гартли о том, что все психические процессы, включая абстрактное мышление и волю, совершаются по укорененным в нервной системе законам ассоциации.

ПРОБЛЕМНАЯ СИТУАЦИЯ (от греч. *problema* — задача, задание и лат. *situatio* — положение) — 1) содержащее противоречие и не имеющее однозначного решения соотношение обстоятельств и условий, в которых разворачивается деятельность индивида или группы; 2) психологическая модель условий порождения мышления на основе ситуативно возникающей познавательной потребности, форма связи субъекта с объектом познания. П.с. характеризует взаимодействие субъекта и его окружения, а также психическое состояние познающей личности, включенную в объективную и противоречивую по своему содержанию среду. Осознание какого-либо противоречия в процессе деятельности (например, невозможности выполнить теоретическое или практическое задание с помощью ранее усвоенных знаний) приводит к появлению потребности в новых знаниях, в том неизвестном, которое позволило бы разрешить возникшее противоречие. Объективация

неизвестного в П. с. осуществляется в форме вопроса, заданного самому себе и являющегося начальным звеном мыслительного взаимодействия субъекта с объектом. В ходе такого взаимодействия происходит поиск ответа на вопрос о новом знании относительно предмета, способа или условия действия и продуктивное развитие самого субъекта. Поскольку в «окружение» субъекта входят не только объекты, но и социальная среда, то генетически первична постановка вопроса, обращенного не к самому себе, а к другому человеку, опосредствующему своей активностью развитие индивида. П. с. является одним из центральных понятий проблемного обучения.

ПРОБЛЕМНОЕ ОБУЧЕНИЕ — организованный преподавателем способ активного взаимодействия субъекта с проблемно представленным содержанием обучения, в ходе которого он приобщается к объективным противоречиям научного знания и способам их разрешения, учится мыслить, творчески усваивать знания. В совместной деятельности с преподавателем учащийся не просто перерабатывает информацию, усваивая новое, он переживает этот процесс как субъективное открытие еще неизвестного ему знания, как постижение и понимание научных фактов, принципов, способов или условий действия, как личностную ценность, обуславливающую развитие познавательной мотивации, интереса к содержанию предмета. В П. о. путем создания проблемной ситуации моделируются условия исследовательской деятельности и развития творческого мышления учащегося. Компонентами этой ситуации являются объект и субъект познания и мыслительное их взаимодействие,

особенности которого зависят от учебного материала и дидактических приемов организации познавательной деятельности.

ПРОГРАММНО-РОЛЕВАЯ КОНЦЕПЦИЯ НАУЧНОГО КОЛЛЕКТИВА — теория коллективной научной деятельности, рассматриваемой в трех взаимосвязанных аспектах: предметно-логическом, научно-социальном и личностно-психологическом (М. Г. Ярошевский). Единицей анализа научной деятельности выступает исследовательская программа (см. Программа исследовательская научного коллектива'), отражающая запросы логики развития науки и реализуемая путем распределения научных функций (ролей) между членами исследовательского коллектива. Исследовательская программа, служащая основанием консолидации научного коллектива, обуславливает появление широкого круга специфических социально-психологических феноменов коллективной научной деятельности, среди которых выделяются межличностные и предметно-рефлексивные отношения, социальное восприятие, коллективная мотивация, продуктивный конфликт, стиль руководства научным коллективом и адаптация его сотрудников, оппонентный круг и др.

ПРОГРЕССИВНОЕ (ВНУТРЕННЕЕ) ТОРМОЖЕНИЕ — см Торможение ретроактивное.

ПРОЕКТИВНЫЙ МЕТОД (от лат. projectio — выбрасывание вперед) — один из методов исследования личности. Основан на выявлении проекций в данных эксперимента с последующей интерпретацией. Понятие проекции для обозначения метода исследования ввел Л. Франк. П. м. характеризуется созданием экспериментальной ситуации, допускающей множественность возможных интерпретаций при восприятии ее испытуемыми. За каждой такой интерпретацией вырисовывается уникальная система личностных смыслов и особенностей когнитивного стиля субъекта. Метод обеспечивается совокупностью проективных методик (называемых также проективными тестами), среди которых различают: ассоциативные (например, тест Роршаха, тест Хольцмана, в которых испытуемые создают образы по стимулам — пятнам; тест завершения неоконченных предложений); интерпретационные (например, тематический апперцепционный текст, в котором требуется истолковать социальную ситуацию, изображенную на картине);

экспрессивные (психодрамма, тест рисунка человека, тест рисунка несуществующего животного) и др. Проективные методики обладают значительными возможностями в исследовании индивидуальности личности. ПРОЕКЦИЯ (от лат. *projectio* — выбрасывание вперед) — процесс и результат постижения и порождения значений, заключающийся в осознанном или бессознательном перенесении субъектом собственных свойств, состояний на внешние объекты; осуществляется под влиянием доминирующих потребностей, смыслов и ценностей субъекта. Определение особенностей личности по ее П. используется в проективном методе.

ПРОИЗВОЛЬНОЕ ДВИЖЕНИЕ — см Движения произвольные.

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ ПЕРЕМЕННЫЕ — понятие, введенное необихевиоризмом с целью преодолеть ограниченность трактовки поведения как процесса, сводимого к формуле «стимул — реакция». Под П. п. понимались недоступные прямому наблюдению психические компоненты («значение», «цель», «мотив», «когнитивная карта» и др.), выступающие в роли посредника между стимулом как независимой переменной и ответной реакцией как зависимой переменной. Наряду с чисто психологической трактовкой П. п. (Э. Голлем) выдвигалось учение об их представленности в организме в виде доступных физиологическому анализу факторов (К. Холл).

ПРОТЕКЦИОНИЗМ (социально-психологический аспект) (от лат. *protectio* — прикрытие) — корыстное покровительство, оказываемое кому-либо лицом или группой лиц, обладающих властью. П. ведет к возникновению привилегированного круга лиц, культивированию конформизма, готовности подчиняться авторитарному давлению. П. может проявляться в рамках социальных общностей любого масштаба: больших и малых группах, организациях и первичных подразделениях. П. отрицательно влияет на результативность труда в любой сфере деятельности, негативно сказывается на

психологическом климате ближайшего социального окружения (см. Климат социально-психологический). П. несовместим с принципом социальной справедливости. При П. межиндивидуальные связи, интересы семьи, отдельной группы лиц, их цели приобретают большую ценность, чем интересы коллектива, общества в целом, и нередко противопоставляются им. Фактором воспроизводства и питательной средой П. является система бюрократических, внеэкономических отношений в обществе. П. преодолевается средствами гласности и законности.

ПРОФЕССИОГРАФИЯ — метод изучения требований, предъявляемых профессией к личностным качествам, психологическим способностям, психолого-физическим возможностям человека. Используется в целях разработки информационных, диагностических, коррекционных и формирующих методических пособий и практических рекомендаций по обеспечению взаимосоответствия человека и профессии. П. обеспечивает постановку практической задачи и организацию ее решения в целях оптимизации и повышения эффективности профессионального труда. П. охватывает разные стороны конкретной профессиональной деятельности — социальные, социально-экономические, исторические, технические, технологические, правовые, гигиенические, психологические, психофизиологические и социально-психологические. Объем, глубина и детальность их изучения зависят от социального заказа. Так, информационная П., нацеленная на обеспечение профориентационной работы, включает все названные характеристики, однако дает их обобщенно, кратко, описательно. Коррекционная П., направленная на повышение безопасности профессионального труда, детально и аналитически описывает только те характеристики, которые являются основными источниками опасного поведения человека в данной сфере. Диагностическая П., обеспечивающая организацию профессиональной психодиагностики, ориентирована на

изучение технических, правовых, технологических, гигиенических, психологических, психофизиологических и социально-психологических характеристик труда только на тех этапах работы, от которых в большей степени зависит конечный результат и на которых требуются наиболее высокие показатели скорости, точности деятельности и ответственности за выполнение задания. Формирующая П., используемая в процессе профессионального обучения, охватывает социально-экономические, исторические, правовые характеристики профессии в общих чертах, с детальной аналитической проработкой технических и технологических сторон конкретной профессиональной деятельности.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ (от лат *professio* — род занятий, *consultatio* — совещание) — научно организованное информирование о профессиях, предназначенное главным образом для молодежи, оканчивающей общеобразовательную школу, в целях практической помощи в выборе профессии с учетом склонностей, интересов и сформировавшихся способностей, а также потребностей общества. П. к. должна располагать сведениями о роли и перспективах каждой профессии, о потребности в кадрах, о содержании трудовой деятельности, социально-экономическом и санитарно-гигиеническом статусе профессий, путях профессионального обучения, с одной стороны, и о тех требованиях, которые предъявляет профессия к человеку, его психическим особенностям, о медицинских и физиологических показаниях и противопоказаниях к профессии — с другой.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ (от фран *orientation* — установка) — комплекс психолого-педагогических и медицинских мероприятий, направленных на оптимизацию процесса трудоустройства молодежи в соответствии с желаниями, склонностями и сформировавшимися способностями и с учетом потребности в специалистах народного хозяйства и общества в целом. Сложились две формы П. о.: 1) П. о. на узкой базе, состоящая в том, что в учебном заведении, готовящем специалистов, учащимся раскрывают все особенности предстоящей им деятельности, указывают оптимальные способы приобщения к данной профессии и т. д.; 2) П. о. на широкой базе, состоящая в ознакомлении молодых людей, еще не сделавших свой выбор, с миром профессий.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРИГОДНОСТЬ — совокупность психических и психофизиологических особенностей человека, необходимых и достаточных для достижения общественно приемлемой эффективности в той или другой профессии. П. п. не дана человеку изначально, она формируется в процессе обучения и последующей профессиональной деятельности при наличии положительной мотивации; ее возникновению и упрочению способствуют система материальной и моральной стимуляции, удовлетворение, получаемое от деятельности, осознание общественной значимости ее результатов и др.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ОТБОР — разновидность отбора психологического. Представляет собой систему средств, обеспечивающих прогностическую оценку соответствия человека и профессии в тех видах деятельности, которые осуществляются в нормативно заданных опасных условиях (гигиенических, микроклиматических, технических, социально-психологических), требующих от человека повышенной ответственности, здоровья, высокой работоспособности и точности исполнения задания, устойчивой эмоционально-волевой регуляции. Основой П.о. являются конкретные нормативные характеристики профессии: социальные (функции, задачи, цели); операциональные (точность исполнения; временные, пространственные, логические характеристики); организационные (гигиенические, социально-психологические, психофизиологические условия труда), позволяющие врачам, психологам, физиологам подбирать, разрабатывать и адаптировать методы, строить процедуру отбора и проводить диагностику кандидата на его соответствие конкретной профессиональной

деятельности.

ПСИ (Ψ) — буква греческого алфавита, которую принято использовать в качестве эмблемы для обозначения психологии.

ПСИХИКА — высшая форма взаимосвязи живых существ с предметным миром, выраженная в их способности реализовывать свои побуждения и действовать на основе информации о нем. На уровне человека П. приобретает качественно новый характер, в силу того, что его биологическая природа преобразуется социокультурными факторами, благодаря которым возникает внутренний план жизнедеятельности — сознание, а индивид становится личностью. Знание о П. менялось на протяжении столетий, отражая достижения в исследованиях функции организма (как его телесного субстрата) и в понимании зависимости человека от социальной среды его активности. Это знание, осмысливаясь в различных идейных контекстах, служило предметом острых дискуссий, поскольку затрагивало коренные философские вопросы о месте человека в мироздании, о материальных и духовных основах его бытия. В течение многих веков П. обозначалось термином «душа», трактовка которой, в свою очередь, отразила расхождения в объяснении движущих сил, внутреннего плана и смысла человеческого поведения. Наряду с восходящим к Аристотелю пониманием души как формы существования живого тела сложилось направление, представляющее ее в образе бесплотной сущности, история и судьба которой, согласно различным религиозным верованиям, зависят от внеземных начал.

ПСИХИКА ЖИВОТНЫХ — внутренний субъективный мир животного, охватывающий весь комплекс субъективно переживаемых процессов и состояний: восприятие, память, мышление, намерения, сны и т. п., и включающий такие элементы психического опыта, как ощущения, образы, представления и эмоции. О П. ж., в отличие от психики человека, нельзя получить сведений, основанных на отчетах об интроспекции. Все представления о существовании у животных субъективного опыта, о его содержании и о его связи с поведением и физиологическими процессами строятся по аналогии с нашими представлениями о психическом мире человека. П. ж. с древности вызвала глубокий интерес у философов и натуралистов, но ее систематическое целенаправленное исследование началось в конце XIX в. с появлением зоопсихологии. Споры о возможности изучать П. ж., которая принципиально недоступна наблюдению, разделили зоопсихологов на два противоположных научных лагеря. Сторонники такого изучения заявляли, что о П. ж. вполне можно делать

научные заключения на основе наблюдений за поведением животных и данных об их физиологии. Отвергая любые варианты антропоморфизма, приверженцы объективистского подхода считали П. ж. недоступной для подлинно научного исследования и призывали ограничиться изучением только объективно наблюдаемых явлений поведения и физиологии. К середине 30-х гг. объективистское направление стало господствующим, исследование П. ж. за некоторым исключением практически прекратилось и возобновилось только на рубеже 70-х гг. нашего столетия. В настоящее время изучение П. ж. превратилось в новое активно развивающееся научное направление, которое чаще всего называют когнитивной этологией, реже психоэтологией или когнитивной сравнительной психологией. В рамках когнитивной этологии проблема П. ж. рассматривается одновременно в естественнонаучном, психологическом и философском плане.

ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЖИВОТНЫХ — целостный комплекс всех проявлений поведения и психики животных, направленных на установление жизненно необходимых связей организма со средой; процесс психического отражения действительности как продукт и проявление активности животного в окружающем мире. Решающее значение имеют возрастающая активность, инициативность, лабильность, вариабельность, суверенность (по отношению к

условиям среды) двигательной активности и соответствующие морфофункциональные преобразования в ходе филогенеза, особенно в эффекторно-сенсорной (см. Эффектор; Сенсорная система} сфере (примат поведения в психическом отражении). Происходящие при этом ароморфозные или идиоадаптивные изменения строения и функции организмов обуславливают эволюционные преобразования П. д. ж., что, в свою очередь, обеспечивает возможность дальнейшей эволюции. У высших животных (на уровне прецептивной психики) ориентационный компонент П. д. ж. осуществляется на основе формирования обобщенных психических образов, причем на высших филогенетических уровнях — на основе целостных образов всей среды обитания. Этим обеспечиваются наиболее адекватное, полноценное и биологически максимально адаптивное (см. Адаптация) управление, корректировка и совершенствование внешней активности животного, в результате чего появляется возможность установления оптимальных для организма отношений с биологически значимым компонентом среды. В процессе эволюции (уже на низших этапах филогенеза) выделились и получили развитие два направления П. д. ж. — локомоционное и манипуляционное (по Я. Э. Фабри). П. д. ж. изучает зоопсихология (см. Этология; Манипулирование у животных; Интеллект у животных).

ПСИХИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (от лат *re* — вновь, *habilis* — удобный, приспособленный) — система медико-психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций, состояний, личностного и социально-трудового статуса больных и инвалидов, а также лиц, перенесших заболевание, получивших психическую травму в результате резкого изменения социальных отношений, условий жизни и т. д. В основе П. р. лежит представление о болезни как о разрушительном процессе в организме человека, характеризующемся не только плохим физическим самочувствием больного, но и изменением его личности, сдвигами в эмоциональной сфере. Возвращение к здоровью, с точки зрения такого подхода, предусматривает устранение последствий переживаний, нежелательных установок, неуверенности в своих силах, тревоги по поводу возможности ухудшения состояния и рецидива болезни и т.д. Особое внимание в П. р. уделяется работе, направленной на компенсацию утраченных профессиональных и социально-адаптивных качеств. Осуществление П. р. требует создания психологических условий, содействующих сохранению положительного эффекта лечения (например, организация досуга, общения, диспансеризация). Развитие теории и практики П. р. непосредственным образом связано с решением проблем психопрофилактики, психотерапии, клинической психологии.

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА — вред, нанесенный психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий других людей на его психику (см. Психогении). По интенсивности психотравмирующие воздействия делятся на массированные (катастрофические), внезапные и острые, приводящие к резкому подавлению адаптационных возможностей человека (см. Стресс., Дистресс; Адаптация); по социально-значимым последствиям — на узконаправленные и многопланового действия, при которых страдают параметры социальной жизни человека (социальный престиж, возможность самоутверждения, уважения окружающих и близких людей и т. п.); по интимно-личностным последствиям на биологически и личностно разрушительные, приводящие к психосоматическим заболеваниям (см. Психосоматика), неврозам, реактивным состояниям (см. Патопсихология). Разрушительная сила П. т. зависит от индивидуальной значимости травмирующего события для человека, степени его психологической защищенности (силы духа) и устойчивости к ударам судьбы (см. Защита

психологическая).

ПСИХИЧЕСКОГО КАК ПРОЦЕССА КОНЦЕПЦИЯ — разработанная С. Л. Рубинштейном и его учениками (А. В. Брушлинский и др.) в развитие теории И. М. Сеченова и раскрывающая основной способ существования психического. Психическое существует прежде всего как процесс — живой, предельно пластичный, непрерывный, никогда изначально полностью не заданный, а потому формирующийся и развивающийся, порождающий те или иные продукты или результаты (психические состояния и образы, понятия, чувства, решение или нерешение задачи и т.д.). П. к п. не сводится к последовательности стадий во времени, формируясь в ходе непрерывно изменяющегося взаимодействия (деятельности, общения и т. д.) индивида с внешним миром, и, следовательно, само непрерывно изменяется и развивается, все более полно отражая эту динамичность окружающей действительности, участвуя в регуляции всех действий, поступков и т. д. Так, мышление — это анализ, синтез, обобщение условий и требований решаемой задачи и способов ее решения. В этом непрерывном процессе образуются прерывные умственные операции (логические, математические, лингвистические и т. д.), которые мышление порождает, но к которым не сводится. Мышление как процесс неразрывно связано с мышлением как деятельностью личности (с мотивацией, способностями и т.д.). На каждой данной стадии своего психического развития (см. Развитие психики) человек осуществляет мыслительный процесс, исходя из уже сложившихся мотивов и способностей; дальнейшее формирование мотивов и способностей происходит на последующих стадиях мыслительного процесса. При этом мышление, восприятие и т. д. формируются преимущественно неосознанно, бессознательно (см. Бессознательное). Однако на уровне личностного аспекта мышления, восприятия и т.д. человек в значительной степени осознанно регулирует протекание этих процессов. Неразрывная взаимосвязь осознанного и неосознанного обеспечивает непрерывность П. к п. Эта непрерывность проявляется в тесной взаимосвязи познавательного и аффективного компонентов любого психического акта. Концепция П. к п. раскрывает единство сознания и деятельности, поскольку психика людей проявляется и формируется в деятельности.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ — интегральная характеристика полноценности психологического функционирования индивида. Понимание природы и механизмов поддержания, нарушения и восстановления. П. з. тесно связано с общим представлением о личности и механизмах ее развития.

В психологии и медицине существуют разные подходы к проблеме П. з., обращенные к различным сторонам нормального и аномального функционирования. Традиционная медицинская модель рассматривает П. з. как меру вероятности развития болезни («негативное» определение здоровья как отсутствия болезни). В психоанализе представление о здоровье как таковом вообще отсутствует; каждый человек выступает как носитель того или иного «патоса», потенциальной болезни, переходу которого в «нозос» — актуальную болезнь — препятствует сбалансированный режим функционирования механизмов психологической защиты и компенсации в индивидуальной психодинамике. Для бихевиоризма характерно сведение личности к ее социальному функционированию и к определению нормы или здоровья через понятие равновесия со средой, с использованием таких критериев, как адаптация, стабильность, успешность, продуктивность, конформность. Принципиально иной подход появился в 60-е годы, когда на базе движения Человеческого Потенциала (Эсаленский институт, США) и развития идей гуманистической и экзистенциальной психологии была предложена концепция «позитивного П. з.», в которой делался акцент на специфически человеческом способе существования. В центр этого подхода был поставлен анализ здорового функционирования как позитивного

процесса, обладающего самостоятельной ценностью и содержательно описываемого через понятия самореализации, самоактуализации (К. Гольдштейн, А. Маслоу, Ш. Бюллер), полноценного человеческого функционирования (К. Роджерс), аутентичности (Дж. Бюдженталь), стремления к смыслу (В. Франкл) и др. Однако характерной чертой моделей позитивного П. з. явился преимущественно их описательный характер; перечни черт, характеризующих здоровую личность, не позволяют ответить на практический вопрос о механизмах поддержания и восстановления П. з. при его нарушениях. Различные модели психического здоровья обращены к различным уровням, регулирующим активность субъекта, и, соответственно, к различным мишеням воздействия. Б.С.Братусь предложил многоуровневую модель психического здоровья, выделив несколько уровней структуры личности, каждому из которых соответствует свое понимание психического здоровья. Согласно этой модели, высший уровень личностного здоровья, отвечающий за производство смысловых ориентации, определение общего смысла жизни, отношение к себе и к другим, оказывает регулирующее влияние на нижележащие уровни, характеризующие степень адаптации и психофизиологическое состояние.

Современные теоретические, экспериментальные и прикладные подходы в психологии личности и психотерапии характеризуют П. а как зрелость, сохранность и активность механизмов личностной саморегуляции, меру способности человека трансцендировать («выводить за пределы») свою биологическую, социальную и смысловую детерминированность (см. Детерминация), выступая активным и автономным субъектом своей жизни в изменяющемся мире.

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ — понятие, используемое для условного выделения в психике индивида относительно статического момента, в отличие от понятия «психический процесс» (см. Психического как процесса концепция); подчеркивающего динамические моменты психики, и понятия «психическое свойство», указывающего на устойчивость проявлений психики индивида, их закрепленность и повторяемость в структуре его личности.

ПСИХОАНАЛИЗ (от греч. *psyche* — душа и *analysis* — разложение, расчленение, исследование) — 1) теоретическое направление в психологии, восходящее к идеям З. Фрейда (см. Фрейдизм; Неофрейдизм; Аналитическая психология; Индивидуальная психология и др.); 2) особая методология исследования психики; 3) психотерапевтический метод исследования З. Фрейда (см. Психотерапия). Начальным моментом создания П. З. Фрейд считал открытие и применение в клинической практике метода свободных ассоциаций (1896). Основными техническими средствами П. являются 1) анализ свободных ассоциаций; 2) анализ снов и толкование сновидений; 3) анализ и толкование различных ошибочных непреднамеренных (случайных) симптоматических действий повседневной жизни. Согласно Фрейду, П. занимает «среднее место» между медициной и философией.

ПСИХОБИОГРАФИЯ (от греч. *psyche* — душа и греч. *biographia* — жизнеописание, история жизни; жизнь) — метод психологического анализа биографий и личностей конкретных исторических лиц и соответствующий ему жанр жизнеописаний, уделяющий особое внимание психическим факторам жизни и творчества людей.

В основном сложился в конце XIX — начале XX вв. В значительной части своей развивается и реализуется в форме патографий. Особую роль в становлении П. сыграли патографические исследования П. Мёбиуса (опубликовавшего работы о жизнедеятельности И. Гете, Ж.-Ж. Руссо, А. Шопенгауэра, Р. Шумана и др.) и З. Фрейда (осуществившего изучение жизни и деятельности Леонардо да Винчи, В. Вильсона, Ф. Достоевского и др.)

В XX в. П. эволюционирует преимущественно в связи с психоаналитическими идеями и ориентациями (см. Психоанализ). Одной из доминирующих

новейших форм П. являются разнообразные психоисторические изыскания, восходящие к творчеству Э. Эриксона, осуществившего исследования жизни и личности Франциска Ассизского, М. Ганди, М. Горького, М. Лютера и др. Как жанр жизнеописаний П. пользуется возрастающей популярностью.

ПСИХОГЕНЕТИКА (от греч. *genetikos* — относящийся к рождению, происхождению) — пограничная с генетикой область психологии. Предметом П. является происхождение индивидуальных психологических особенностей человека, выяснение роли генотипа и среды в их формировании. П. использует методы современной генетики. Наиболее информативным является метод близнецов (Ф. Гальтон, 1876), позволяющий максимально уравнивать воздействия среды. Большинство работ в П. посвящено исследованию межиндивидуальной вариативности высших психических функций, главным образом интеллекта, с помощью разнообразных тестов. Вместе со сменой механизмов перестраивается отношение психических функций к генотипу: чем больше роль специфически человеческих, социальных по своему происхождению факторов, тем меньше доля генетической изменчивости в формировании индивидуальных психологических особенностей.

ПСИХОГЕНИИ (от греч. *psyche* — душа и *gemaio* — порождаю) — расстройства психики, возникающие под влиянием психических травм. П. возникают в связи с одномоментной, интенсивно воздействующей психотравмирующей ситуацией или могут быть результатом относительно слабого, но продолжительного травмирования. В возникновении П. существенную роль играет определенная готовность к «психическому срыву», развивающаяся на фоне ослабленности организма после перенесенного заболевания, длительного нервного напряжения, специфических особенностей нервной системы, и личностных черт.

ПСИХОГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА (от греч. *hygienos* — целебный и *prophylaktikos* — предохранительный) — области медицинской психологии, задачей которых является предоставление специализированной помощи практически здоровым людям с целью предотвращения нервно-психических и психосоматических заболеваний, а также облегчения острых психотравматических реакций (см. Психогении). Методы П. и п. включают психокоррекционную работу в рамках консультативных центров, «телефонов доверия» и других организаций, ориентированных на психологическую помощь здоровым людям; массовые обследования с целью выявления так называемых групп риска и профилактической работы с ними; информирование населения и т. д. Специальными задачами П. и п. являются помощь людям в кризисных ситуациях (см. Яризис) семейного, учебного или производственного характера, работа с молодыми и распадающимися семьями и т. п.

ПСИХОДЕЛИКИ (от греч. *psyche* — душа и *delia* — иллюзия; синонимы: галлюциногены, психотомиметики) — вещества, вызывающие психоделические состояния. К П. относятся диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД-25), диметилтриптамин (ДРТ), буфотенин, мескалин, псилоцибин, а также близкие к ним психоактивные вещества конопли (каннабиноиды) и некоторые синтетические препараты (серикл, дитран и т. д.). Предположительно П. считаются замещающими антагонистами нейромедиаторов — проводников возбуждения в нервной системе. Воздействие П. способно изменить личность, глубоко перестроить иерархию ее мотивов и ценностей. Бесконтрольное применение П. вне специальных условий клиники приводит к тяжелым последствиям и несчастным случаям.

ПСИХОДЕЛИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ — изменения сознания, вызываемые введением в организм психоделиков. Для П. с. наряду с физическими симптомами (слезоточивостью, тошнотой, ознобом и т. д.) характерны и серьезные психические изменения: галлюцинации в виде вспышек света, геометрических фигур, трансформаций окружающего; сверхчувствительность

к звукам, акустические иллюзии; изменения в ощущениях собственного тела; временные и пространственные искажения («остановка» или «ускорение» времени (см. Психологическое время), повторное переживание эпизодов прошлого, неправильная оценка размеров объекта, потеря перспективы, ощущение «растворения» в пространстве); эмоциональные изменения (для здоровых типичны приподнятое настроение, немотивированный смех, умиротворение, для больных — отрицательные эмоции); нарушения мышления и памяти (ускорение или замедление умственных процессов, иллюзорная интерпретация событий); психомоторные расстройства. Систематически возобновляющиеся П. с. обычно приводят к глубоким изменениям личности, имеющим деструктивный характер и опасные социальные последствия.

ПСИХОДИАГНОСТИКА (от греч. *psyche* — душа и *diagnostikos* — способный распознавать) — область психологической науки, разрабатывающая методы выявления и измерения индивидуально-психологических особенностей личности. Начавшись с попыток «охватить числом операции ума-» (Ф. Гальтон) и с применения тестов интеллекта, ТЛ для измерения индивидуально-психологических различий разрабатывала методы исследования личности, которые в дальнейшем послужили основанием для создания проективных методик и опросников. Вместе с тем на развитии П. сказывалось отставание теоретического уровня осмысления явлений от методического оснащения. Появление и совершенствование математико-статистического аппарата и прежде всего корреляционного и [факторного анализа, использование возможностей психометрии оказали влияние на практическую эффективность П. Одной из первостепенных задач П. является преодоление разрыва между теорией и практикой, между академическими концепциями личности и реальностью ее исследования.

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА (от греч «гнозис» — познание) — спектр вопросов о познавательной активности субъекта по отношению к воссоздаваемому им предметному содержанию. В ходе разработки П. п. выясняются взаимосвязи познавательных процессов (восприятие, воображение, мышление) и их порождений (чувственных и умственных образов) с другими факторами жизнедеятельности организма (предметным действием, мотивом и др.), а также развитием этих феноменов. При определенной методологической установке, а именно — обращенности субъекта на собственную внутрипсихическую активность (см. интроспекция; Рефлексия), П. п. приобретает новое содержание, определившее специфику интроспективного направления в психологии (см. Интроспекционизм). Поскольку с этим направлением сопряжен лишь один из этапов в поисках научных знаний о познавательной способности субъекта, возникла задача изучения общего процесса эволюции этих знаний, решение которой также относится к сфере П. п.

ПСИХОДРАМА (от греч. *drama* — действие) — вид групповой психотерапии (см. Психотерапия групповая), в котором пациенты попеременно выступают в качестве актеров и зрителей, причем их роли направлены на моделирование жизненных ситуаций, имеющих личностный смысл для участников, с целью устранения неадекватных эмоциональных реакций, отработки социальной перцепции (см. Перцепция социальная), более глубокого самопознания. Понятие и процедура П. предложены Д. Морено (США), неправоммерно трактовавшим этот метод как средство решения социальных проблем. (За рубежом использовался также термин «социодрама», означавший способ устранения конфликтов в группах здоровых людей). Для П. важны спонтанность, активность, импровизационность поведения. П. применяется при неврозах, в том числе детского возрасте, при психосоматических заболеваниях (см. Психосоматика) при алкоголизме, при обострении психопатий и отклоняющемся поведении подростков. Возможна семейная П. Элементы П. входят в

поведенческую психотерапию, социально-психологический тренинг, деловые игры (см. Тренинг социально-психологический; Игра деловая).

ПСИХОЗ (от греч. *psyche* — душа) — глубокое расстройство психики, проявляющееся в нарушении отражения реального мира, возможности его познания, изменении поведения и отношения к окружающему. Проявления П. разнообразны и могут сопровождаться бредом, помрачением сознания, грубыми нарушениями памяти, мышления, изменениями эмоциональной сферы, бессмысленными и бесконтрольными поступками и проч. Помимо первичного поражения головного мозга П. могут возникать вследствие вторичного его поражения в результате инфекций, отравлений, внутренних болезней. П. также могут являться следствием конституциональной и наследственной предрасположенности человека. Развитие П. возможно после психической травмы. Изучение и лечение П. входит в область так называемой «большой психиатрии». П. классифицируются по признаку причины их возникновения. Различают инфекционные, травматические, интоксикационные, возникающие при органических поражениях головного мозга, при внутренних заболеваниях, психогенные и др. П.

ПСИХОЛИНГВИСТИКА (от лат. *lingua* — язык) — научная дисциплина, изучающая обусловленность процессов речи и ее восприятия структурой соответствующего языка (или языка вообще). В современном значении термин «П.» был введен американскими учеными Ч. Осгудом и Т. Сибееком, опиравшимися на необихевиоризм и дескриптивную лингвистику (так называемая Йельская школа). С начала 60-х гг. XX в. американская П. ориентируется на теорию «порождающей грамматики» Н. Хомского, но затем (вторая половина 70-х гг.) наметился отказ от нее и поиски общепсихологической теории. В Англии, Франции, ФРГ и других западных странах развитие П. шло аналогичным путем, однако благодаря сильной психологической традиции идеи Хомского не получили столь широкого распространения. В России П. развивается с середины 60-х гг. Ее основное направление — теория речевой деятельности (рассмотрение речевых процессов как частного случая деятельности). Создание и развитие П. было связано с целым рядом прикладных задач инженерной психологии, нейро- и патопсихологии, обучения иностранным языкам. **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ** — см Этнопсихология **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА** — см Защита психологическая **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ** — см Помощь психологическая. **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА** — система практического использования психологии для решения комплексных задач психологической экспертизы, диагностики, консультации в сферах производства, транспорта, народного образования, здравоохранения, спорта, охраны правопорядка и др. Прообразом П. с. являются психотехнические (промышленность, транспорт) и педологические (народное образование) лаборатории, существовавшие на предприятиях и в учреждениях в 20-х — начале 30-х гг. XX в. Современный этап становления П. с. в нашей стране ведет отсчет с начала 70-х годов и обусловлен как потребностями общественной практики, так и определенным уровнем развития фундаментальных и прикладных исследований в области социальной психологии, психологии труда, медицинской, педагогической психологии и т. д. В организационном отношении П. с. существуют либо как профессиональные психологические консультации (служба семьи и брака, профконсультация и профориентация, управленческое консультирование и т. д.), либо как специализированные психологические подразделения в структуре соответствующих организаций. Профессиональная научно-практическая деятельность психологов в П. с. имеет, как правило, комплексный характер — в ней используются достижения различных психологических дисциплин. Объектами деятельности П. с. в разного рода организациях являются: организация как таковая, группы, ее составляющие, и отдельные люди.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ — в узком значении — совокупность психологических способов и приемов формирования отрицательного отношения к алкоголю и наркотикам. В широком значении — методы формирования такого образа жизни и направленности личности, при котором сводится к минимуму возможность возникновения тяги к алкоголю и наркотикам. Различают первичную профилактику — научно обоснованные психологические приемы антинаркотического воспитания; вторичную профилактику — методы психологической помощи лицам, злоупотребляющим одурманивающими веществами; третичную профилактику — организацию психологической поддержки и самоподдержки выздоравливающих от алкоголизма и наркомании. Первичная профилактика включает мероприятия, направленные на своевременное предупреждение причин алкоголизма и наркомании задолго до того, как они могут появиться. Младший и средний возраст человека — наиболее оптимальный период с точки зрения формирования антинаркотических установок. Учитывая психологические особенности представителей этих возрастных групп, разъяснительная работа должна быть направлена на демифологизацию алкоголя и наркотиков как символов престижа, разрыв ассоциации потребления алкоголя с положительными качествами личности; мужественностью, храбростью, «современностью» и т. п. В антинаркотической пропаганде, рассчитанной на взрослое население, необходимо в доступной для разных социальных групп форме информировать о свойствах наркотизирующих веществ и возможных последствиях их употребления, сформировать в общественном сознании альтернативу стилю жизни, включающему потребление алкоголя и наркотиков. На основании отечественного и зарубежного опыта установлено, что наиболее эффективными оказываются не деструктивные методы профилактики, основанные на запугивании и устрашении, а конструктивные — направленные на формирование такой смысловой ориентации личности, для которой алкоголь и наркотики не могут являться ценностями. Кроме того, выявлены недостаточность сугубо вербальных методов психологической помощи и эффективность деятельностно опосредованных методов воздействия (ролевые игры, и дискуссии, формирование внешкольной воспитывающей деятельности, создание клубов по интересам и др.). Вторичная профилактика имеет дело с лицами, употребляющими алкоголь и наркотики. Сюда входят ранняя диагностика, раскрытие психологического неблагополучия личности, связанного с причинами наркотизации, предложение широкой психологической помощи (клиническая беседа, кабинеты анонимной наркологической и социально-психологической помощи, группы общения, встречи с бывшими алкоголиками и наркоманами, работа с непосредственным окружением и семьей злоупотребляющего и др.). Третичная профилактика касается помощи больным, выздоравливающим от алкоголизма и наркомании. Этой цели служат образование клубов трезвости, обществ типа «Анонимные алкоголики», организация психологических консультаций для выздоравливающих и др.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СИМБИОЗ (от греч. symbiosis — сожительство) — изначально возникающее эмоционально-смысловое единство матери и младенца, которое служит исходным пунктом дальнейшего развития его сознания и личности. Возникновение П. с. обусловлено физиологической общностью матери и плода в пренатальном развитии. Развитию П. с. способствует появляющийся на рубеже первого и второго месяцев жизни ребенка комплекс оживления, упрочивающий эмоциональную связь матери и младенца.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВРЕМЯ — отражение в психике человека системы временных отношений между событиями его жизненного пути. П. в. включает: оценки одновременности, последовательности, длительности, скорости протекания различных событий жизни, их принадлежности к настоящему,

удаленности в прошлое и будущее, переживания сжатости и растянутости, прерывности и непрерывности, ограниченности и беспредельности времени, осознание возраста, возрастных этапов (детства, молодости, зрелости, старости), представления о вероятной продолжительности жизни, о смерти и бессмертии, об исторической связи собственной жизни с жизнью предшествующих и последующих поколений семьи, общества, человечества в целом.

ПСИХОЛОГИЯ (от греч. *psyche* — душа и *logos* — учение, наука) — наука о закономерностях развития и функционирования психики как особой формы жизнедеятельности. Взаимодействие живых существ в окружающем миром реализуется посредством качественно отличных от физиологических, но не отделимых от них психических процессов, актов, состояний. В течение столетий явления, изучаемые П., обозначались общим термином «душа» и считались предметом одного из разделов философии, названного в XVI в. П. Сведения об указанных явлениях накапливались и во многих других направлениях исследований, а также в различных сферах практики (в особенности медицинской и педагогической). Своеобразие этих явлений, их данность человеку в форме непосредственных, неотчуждаемых от него переживаний, их особая познаваемость, обусловленная способностью индивида к самонаблюдению и самоотчету о них, их интимно-личностная ценность была истолкованы религиозно-идеалистическими учениями как показатель их порождаемости особой сущностью. В противовес этому развивалась материалистическая традиция, ориентированная на союз П. с естествознанием, укреплявшая научное знание о психике, исходя из достижений в изучении ее материального субстрата (органов чувств и высших нервных центров). Было показано, что психические процессы, будучи продуктом взаимодействия индивида с внешней средой, сами являются активным причинным фактором (детерминантой) поведения. Если идеалистические концепции неправоммерно объясняли эту активность особой психической причинностью, познаваемой путем внутреннего наблюдения (интроспекции), то естественнонаучное исследование генетически первичных форм психики (а также ее патологических проявлений) утвердило приоритет объективных методов, которые в дальнейшем стали определяющими для П. Самонаблюдение сохраняет значение важного, но вспомогательного источника информации о человеческой психике, сущностной характеристикой которой является сознание. Будучи порождением и функцией социальных (надиндивидуальных) процессов, сознание индивидуального субъекта имеет свою системную и смысловую организацию, придающую различным проявлениям психики (познавательным, мотивационно-аффективным, операциональным, личностным) свойства, качественно отличающие их от психики животных. Возможность постижения процессов сознания независимо от рефлексии (самоотчета) о них субъекта обусловлена тем, что они возникают и развиваются в объективной системе его отношений с другими людьми, окружающим миром. В этой же системе, «всматриваясь» в других, субъект приобретает способность судить о внутреннем плане своего поведения (см. Я-концепция). Не все компоненты этого плана переводимы на язык сознания, но и они, образуя сферу бессознательного, служат предметом П. Зависимость человеческого поведения от биологических и социальных факторов определяет своеобразие его исследования в П., которая развивается в «диалоге» между данными о природе и о культуре, интегрируемые в ее собственные понятия, несводимые к другим и в свою очередь используемые другими науками. В ходе разработки основных проблем П. сформировался ее категориальный аппарат, в котором выделяются категории образа, мотива, действия, личности и др. Исследовательская практика П. неотделима от социальной, от общественных потребностей, связанных с решением задач обучения, воспитания, отбора кадров, используемых в материальном и

духовном производстве, стимулирования деятельности личности и коллектива. Включение П. в состав междисциплинарных исследований и участие в них продуктивно лишь тогда, когда она обогащает их присущими только ей понятиями, методами, объяснительными принципами. Вместе с тем в результате контактов с другими науками П. сама обогащается новыми идеями и подходами, развивающими ее содержание и категориальный аппарат, обеспечивающий ее целостность как самостоятельной науки. Автоматизация и кибернетизация резко повысили заинтересованность в оперативной диагностике и прогностике, эффективном использовании и культивировании функций человека, которые не могут быть переданы электронным устройствам, прежде всего творческих способностей, обеспечивающих дальнейший научно-технический прогресс. Изучение проблем «искусственного интеллекта», с одной стороны, творчества — с другой, становятся в современную эпоху важными направлениями П. Наряду с ними стремительно развиваются социальная П. и П. управления, решающие задачи, касающиеся роли «человеческого фактора» в развитии общества, в процессах управления, а также исследования, связанные с освоением космического пространства, демографическими, экологическими и другими актуальными проблемами современности. Включенность П. в многоплановый контекст взаимодействия различных социальных, естественных и технических наук (на уровне как фундаментальных, так и прикладных исследований) придает особую остроту методологическому анализу ее понятийных средств, объяснительных принципов, концепций и методических процедур с целью выявления наиболее перспективных направлений ее дальнейшего развития.

ПСИХОЛОГИЯ ВОЗРАСТНАЯ — см. Возрастная психология

ПСИХОЛОГИЯ ДОПРОСА И ПОКАЗАНИЙ — раздел юридической психологии, изучающий психологические закономерности получения, фиксации, оценки представителями правоохранительных органов значимой для установления истины информации от свидетелей, потерпевших, подозреваемых, обвиняемых. Допрос рассматривается как специфическая, регламентированная законом форма общения, имеющая характер сотрудничества или противоборства. Наиболее активно в П. д. и п. разрабатываются вопросы формирования показаний, происхождения и предупреждения в них ошибок, диагностики и профилактики заведомо ложных показаний, определения тактики допроса, методов воздействия допрашивающего на допрашиваемого и границ их допустимости. Установлено, что на дачу показаний существенно влияют процессуальное положение допрашиваемого (свидетель, обвиняемый и т. д.), его возраст, образование, жизненный опыт, вся совокупность его психологических свойств, а также условия допроса и прочие обстоятельства. Причинами ошибок в показаниях могут быть субъективные свойства допрашиваемых (особенности восприятия, памяти и пр.), а также содержание вопросов, оказывающих внушающее действие (см. Внушение), отрицательно влияющих на сохранение и воспроизведение информации. Происхождение сознательной лжи (см. Ложь) в показаниях связано с характером отношения допрашиваемого к исходу дела. Иногда ложь бывает спровоцирована допрашивающим путем произвольного или непроизвольного создания у допрашиваемого представления о субъективной выгоде показаний определенного содержания. Специальными исследованиями показано, что применение на допросе методов психического принуждения, внушения (в частности, гипноза), дезинформации повышает вероятность возникновения ошибок и ложных показаний, в том числе оговора и самоговора. Наиболее продуктивным методом воздействия на допрашиваемого П. д. и п. считает рациональное убеждение, направленное на создание мотивации для сообщения правдивых сведений.

ПСИХОЛОГИЯ ЖЕНЩИН, ПСИХОЛОГИЯ МУЖЧИН — новые отрасли психологии, предметом изучения которых являются: 1) особенности

психофизического, личностного, когнитивного развития представителей разных полов; 2) психологические проблемы, возникающие вследствие асимметрии тендерной социализации, полоролевых стереотипов (ем. Половая идентичность; Половые роли), в связи с особенностями возрастного развития (например, менопауза) и физиологических функций (кормление грудью). Тендер означает социальный пол (в отличие от биологического), т. е. те полоролевые ожидания и отношения, которые различаются для мужчин и женщин и под влиянием которых формируется человек. Исследования П. ж., П. м. возникли в результате широкого женского движения в США и применения тендерного подхода для переосмысления данных, получаемых в гуманитарных науках: философии, истории, социологии, психологии и т.д. Как правило, П. ж., П. м. включаются в более широкие интегративные дисциплины — изучение женщин

(women's study), изучение мужчин (men's study) или феминологию (введена в России как нормативный вузовский курс в 1995 г.). В психологии женщин проведен критический анализ интерпретаций различий между женщинами и мужчинами в психодинамических теориях (Хорни К. Женская психология. СПб., 1993), который показал ограниченность «мужской» точки зрения (S. Freud, 1927; L. Kohlberg, 1967) и плодотворность выхода за ее пределы. Разработаны психологические теории развития женщин и их профессионального становления (Gilligan C. In a different voice. Cambridge, 1982; C. L. Hollinger, E.S.Fleming, 1992; M. W. Steinkamp, 1984). Развитие психологии женщин способствовало принятию Американской психологической ассоциацией (APA, 1978) рекомендаций по предотвращению сексизма в психотерапевтической практике.

В психологии мужчин исследованы последствия полоролевой социализации, которые приводят к психологическим стрессам, конфликтам и препятствуют целостной самореализации мужчин (O'Neil, J. M. Male Sex role conflicts, sexism and masculinity// Counseling Psychologist, 1981, 9, 61-80; K.Solomon, 1982).

ПСИХОЛОГИЯ ИСКУССТВА — отрасль психологической науки, предметом которой являются свойства и состояния личности, обуславливающие создание и восприятие художественных ценностей и влияние этих ценностей на ее жизнедеятельность. Поскольку в искусстве человек духовно-практически осваивает мир посредством художественных образов, П. и. выделяет механизмы их формирования, отправляясь от опыта познания человеком действительности в системе других элементов культуры (языка, представлений, понятий и др.), прослеживая закономерности преобразования этого опыта с целью порождения художественных творений. Данные П. и. свидетельствуют о неправомерности попыток усматривать в продуктах искусства эффект действия подспудных духовных сил, непостижимых для рационального и опытного познания. Вместе с тем они показывают важное значение интуиции и особых эмоциональных (см. Эмоции) способов постижения художником действительности (в частности, в виде эмпатии). Изучение переживаний, сопряженных с созданием и восприятием искусства, уже в древности выявило ключевую роль феномена катарсиса. Этот феномен позволил, во-первых, ограничить повседневные «житейские» чувства от эмоциональных потрясений, которые вызывает общение с произведениями искусства, во-вторых, обнажить внутреннее родство между психологией их создателя и тех, кто их воспринимает, в-третьих, указать на их воздействие на личность не только в плане художественного познания реальности, но также и преобразования глубинных оснований ее отношений к ней, к другим людям и самой себе.

ПСИХОЛОГИЯ КОМПЬЮТЕРИЗАЦИИ — отрасль психологической науки, изучающая порождение, функционирование и структуру психики в процессе деятельности индивидов и групп, связанной с созданием и использованием компьютеров, включая их математическое и программное обеспечение.

Основными проблемами этой отрасли являются изучение закономерностей и принципов организации различных видов человеческой деятельности и общения, опосредствованных компьютерами, диалога между человеком и компьютером, изучение законов психического отражения п психического развития (см. Развитие психики) в условиях использования компьютеров, влияния компьютеризации на личность и, напротив, личности на компьютеризацию. К числу новых задач прикладной П. к. относится оценка реальных эффектов компьютеризации. Психологическое обеспечение компьютерных систем включает в себя разработку и реализацию психологических принципов организации диалога между человеком и компьютером. Сравнительный анализ решения задач человеком и компьютером служит научной основой для определения степени приближения интеллекта» компьютера к человеческому. Важной задачей, имеющей теоретическое и прикладное значение, является совершенствование концептуальных моделей психики человека, используемых в компьютерных системах. К центральной проблеме данной области относится согласование качественных и количественных, формальных и неформальных характеристик психической деятельности. П. к. выступает как источник новых идей и принципов для информатики, она предлагает переориентацию алгоритмической модели человеческого разума, господствующей сейчас в информатике, на неалгоритмическую модель, получившую обоснование в психологической науке.

ПСИХОЛОГИЯ НАУКИ — отрасль, изучающая психологические факторы научной деятельности с целью повышения ее эффективности. П. н. трактует эти факторы, исходя из понимания науки как социально организованной системы особого вида духовного производства, продукты которого отображают реальность в эмпирически контролируемых логических формах. Поэтому область П. н. неразрывно связана с другими областями комплексной «науки о науке» — науковедения (логика науки, организация науки, экономика науки, этика науки). С этих позиций преодолевается индивидуалистический подход к творчеству ученых, которое во всех его аспектах (интеллектуальном, мотивационном, коммуникативном и др.) рассматривается в его обусловленности объективными законами развития науки, ее исторически изменчивыми структурами — предметно-логическими и социальными. П. н. исследует психологические механизмы производства научных знаний в условиях индивидуальной и коллективной деятельности, разрабатывает проблемы психологической подготовки научных кадров, диагностики формирования соответствующих личностных качеств и установок, возрастной динамики творчества, анализирует психологические аспекты научных коммуникаций, восприятия и оценки новых идей, автоматизации (компьютеризации) исследований и др. Одним из разделов П. н. является социальная психология науки, изучающая деятельность, общение и межличностные отношения ученых в организациях и коллективах различного типа, как имеющих формальный (юридически узаконенный) статус, так и неформальных. К последним относятся, в частности, научная школа (см. Школа научная) и «незримый колледж» (объединение ученых, работающих в различных учреждениях и общающихся между собой путем использования личных контактов — устных и письменных).

ПСИХОЛОГИЯ НАУЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА — отрасль психологии, изучающая закономерности совершенствования психической составляющей трудового процесса. Задачи П. н. о. т. состоят в разработке способов формирования адекватных мотивов трудовой деятельности, упорядоченной иерархии целей, совершенных систем когнитивных действий, а также в изучении субъективного отражения человеком трудового процесса. На развитие П. н. о. т. оказали влияние информатика, теория и практика

искусственного интеллекта, когнитивная психология.

ПСИХОЛОГИЯ ОБЩАЯ — см Общая психология.

ПСИХОЛОГИЯ ПОЛОВЫХ РАЗЛИЧИЙ — раздел дифференциальной психологии, изучающий различия между индивидами, обусловленные или опосредствованные их половой принадлежностью или ассоциирующиеся с нею. Наряду с универсальными биогенетическими различиями мужчин и женщин многие эмпирически наблюдаемые их особенности являются следствием исторически сложившейся дифференциации мужских и женских социальных ролей (см. Психология женщин, психология мужчин), разделения труда в зависимости от пола, различий в содержании и способах воспитания мальчиков и девочек, культурных стереотипов мужественности и женственности.

ПСИХОЛОГИЯ ПРОПАГАНДЫ (от лат. *propagare* — распространять) — прикладной раздел социальной психологии, имеющий своим предметом закономерности взаимодействия людей в системах, образуемых источником пропаганды и аудиторией, а также влияние объективных и субъективных факторов на течение и результаты этого процесса. В П. п. рассматриваются:

1) процессы распространения сообщений на уровне формирования, закрепления или изменения установок по отношению к объектам, имеющим социальную значимость;

2) психологическая сторона процессов возникновения и функционирования общественных настроений и общественного мнения',

3) способы побуждения людей к действиям в связи с объектами установок и мнений. Цель П. п. — выявление социально-психологических характеристик содержания и формы распространяемых сообщений применительно к состоянию сознания аудитории и возможностям конкретных каналов средств массовой коммуникации для оптимального решения определенных социально-политических задач. С появлением новых технических средств массовой коммуникации (радио, телевидение и др.) предметом исследования П. п. становились психологические характеристики и возможности каждого из них. Современная П. п. учитывает резкую интенсификацию психологического взаимодействия людей в условиях высокого уровня развития технических средств тиражирования сообщений, вовлеченность в эти процессы миллионов людей, подверженность их сознания разнонаправленному пропагандистскому воздействию, включая и то, которое объективно противоречит их жизненным интересам.

ПСИХОЛОГИЯ РЕЛИГИИ — отрасль психологии, изучающая психологические и социально-психологические факторы, обуславливающие особенности религиозного сознания, его структуру и функции. Изучение законов формирования, развития и функционирования религиозной психологии ведется в следующих направлениях: 1) общая теория П. р. изучает содержание и структуру религиозного сознания, специфику религиозных чувств, психологические функции религии в духовной жизни личности и общества; 2) дифференциальная П. р. рассматривает религиозное сознание и чувства верующих с учетом конкретной социальной среды и исторической эпохи; 3) психология религиозных групп изучает социально-психологическую структуру религиозных общин, механизмы общения, подражания, внушения, установок и их воздействие на сознание, чувства и поведение верующих; 4) психология религиозного культа исследует воздействие религиозных обрядов на психику человека.

ПСИХОЛОГИЯ СЕМЬИ И БРАКА — междисциплинарное направление в психологии, изучающее проблемы брака и семьи; включает исследования в области социологии, экономики, этнографии, истории, юриспруденции, демографии и т. д. Психологические исследования брака и семьи включают: изучение факторов, влияющих на качество брака, цикл развития семьи, ролевую структуру семьи, распределение власти между членами семьи,

межсупружеское общение, установки на брак и семью, детерминанты выбора брачного партнера, эффективность различных паттернов воспитания, психологические особенности родителей и их детей и т.д. Данные П. с. и б. служат источником разработки научных принципов подготовки специалистов, работающих с семьей, осуществляющих коррекционное воздействие как на семью в целом, так и на отдельных ее членов.

ПСИХОЛОГИЯ СПОРТА — раздел психологии, изучающий закономерности проявления и развития психики человека в условиях спортивной деятельности. Специфика спортивной деятельности: 1) в высочайшей мотивации, позволяющей подвергать себя многолетним ежедневным физическим и психическим нагрузкам с целью достижения победы на соревнованиях высокого ранга; благодаря этой мотивации спорт стал обширной естественной лабораторией человеческих возможностей; 2) в постоянном совершенствовании сложной и весьма точной координации движений, в чрезвычайной скорости двигательных актов и необходимости их предвосхищения (антиципации); 3) в постоянных и порой высочайших требованиях к волевым качествам спортсменов (см. Воля), в преодолении трудностей объективного и субъективного характера, в обилии стрессовых ситуаций (см. Стресс) и высокой ответственности за исход выступления; 4) в зрелищности, привлекающей на стадионы и другие спортивные сооружения, к телеэкранам, в кинозалы многочисленных зрителей, переживающих перипетии спортивных поединков, активно выражающих свои симпатии, и антипатии спортсменам и командам; 5) в возможности реализации достигнутого уровня физического и психического развития во многих других сферах деятельности человека (военной, артистической, водительской, оперативной и т. п.); 6) в возрастающем год от года соединении с бизнесом: с созданием обширной

промышленной сферы, производящей все для спорта, в том числе спортивную моду, с развитием спонсорско-рекламных отношений; особое место в связи с этим занимает профессиональный спорт, приносящий немалые доходы как предпринимателям, так и спортсменам. Предпосылки становления отечественной П. с. как специальной области знания были заложены в начале XX в. П. Ф. Лесгафтом, выделившим в качестве основания учения о физическом воспитании единство человеческой личности, интегративную роль движения, гармоничность развития, сознательное освоение движений. Интенсивное развитие П. с. началось с 60-70-х гг. нынешнего века

ПСИХОЛОГИЯ СУДЬБЫ — направление психологии, изучающий жизненный путь человека и факторы, влияющие на этот путь. В узком смысле П. с. — это одно из направлений глубинной психологии, так называемый судьбоанализ, основы которого были заложены известным швейцарским психологом, психиатром и психотерапевтом Леопольдом Зонди (L. Szondi). Центром исследований в сфере судьбоанализа после смерти его основателя стал швейцарский институт Л. Зонди, а его последователи объединены вокруг международного психологического журнала «Szondiana». В широком смысле П. с. — это быстро формирующаяся в последнее время область междисциплинарных исследований, ставящая своей целью создать собственный понятийный аппарат и стройную теорию, объединяющую культурологические изыскания в области мифологических, религиозных и философских представлений о судьбе, психологические исследования «смысла жизни», «линии жизни», «жизненного пути личности» с мистическими концепциями «дао» и «кармы».

ПСИХОЛОГИЯ СЦЕНИЧЕСКОГО ИСКУССТВА — область психологии, исследующая творческую деятельность художников сцены (актера, режиссера) и процесс восприятия сценических произведений зрителем. Воспроизводя действия сценического персонажа в обстоятельствах, предлагаемых автором пьесы, актер переживает два типа эмоций: связанные с

успешностью своей профессиональной деятельности; сходные с эмоциями изображаемого им лица. Двойственным является и процесс восприятия произведений сценического искусства зрителем, эмоциональные переживания которого зависят как от значительности, новизны полученного им знания о жизни, содержащегося в сценическом произведении, от совершенства художественной формы, так и от непроизвольного отождествления себя с изображаемым на сцене лицом.

ПСИХОЛОГИЯ ТВОРЧЕСТВА — область психологических исследований творческой деятельности (см. Творчество) людей в науке (см. Психология науки), литературе, музыке, изобразительном и сценическом искусстве (см. Психология искусства), в изобретательстве и рационализаторстве. Методологической основой П. т. является принцип историзма. Особый раздел П. т. образует изучение творческой деятельности детей. К специфической проблематике П. т. относится изучение роли воображения, мышления, интуиции, вдохновения, надситуативной активности, индивидуально-психологических особенностей, проявляющихся в процессе творчества (способности, талант, гениальность и пр.), влияний, оказываемых на личность ее вхождением в творческий коллектив (см. Фасилитация социальная), факторов, способных стимулировать творческую активность (групповая дискуссия, мозговая атака, некоторые психофармакологические средства и т. д.).

ПСИХОЛОГИЯ ТРУДА — наука, изучающая психологические закономерности формирования конкретных форм трудовой деятельности и отношения человека к труду. С позиций П. т. рабочее и свободное время индивида тесно взаимосвязаны, так же как условия труда и воспроизводства рабочей силы. Организация труда может дать большую производительность, чем его интенсификация, а экономические затраты на работника (его образование, медицинское обслуживание, улучшение жилищно-бытовых и экологических условий жизни) оборачиваются прибылью в сфере производства. Главные задачи П. т. на современном этапе непосредственно связаны с общественными задачами совершенствования производственных отношений и повышения качества труда, улучшения условий жизни, устранения аварийных ситуаций, демократизации и формирования психологического типа работника, соответствующего культуре труда.

ПСИХОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ — отрасль, изучающая психологические закономерности управленческой деятельности. Основная задача. П. у. — анализ психологических условий и особенностей управленческой деятельности с целью повышения эффективности и качества работы в системе управления. Процесс управления реализуется в деятельности руководителя, в которой П. у. выделяет следующие моменты: диагностика и прогнозирование состояния и изменений управленческой подсистемы; формирование программы деятельности подчиненных, направленной на изменение состояний управляемого объекта в заданном направлении; организация исполнения решения. В личности руководителя П. у. различает его управленческие потребности и способности, а также его индивидуальную управленческую концепцию, включающую сверхзадачу, проблемное содержание, управленческие замыслы и внутренне принятые личностью принципы и правила управления. Управляющая подсистема, изучаемая П. у., обычно представлена совместной деятельностью большой группы (см. Группа большая) иерархически взаимосвязанных руководителей.

ПСИХОМЕТРИКА (или **ПСИХОМЕТРИЯ**) — совокупность теоретико-математических моделей и процедурно-методических правил организации сбора и обработки эмпирических данных, позволяющих выразить психические свойства и параметры психических процессов в числовой или квазичисловой (ранговой, категориальной) форме. Без знания психометрических правил современный специалист (не только исследователь, но и практик) не может

корректно применять разнообразные измерительные методы в психологии (см. Измерение в психологии). Низкая надежность единичных измерительных проб в психологии (наличие высокого уровня случайных колебаний измеряемого свойства и помех) обусловила объективную необходимость многократного повторения измерительных проб и статистического анализа повторяющихся наблюдений, т.е. возникло тесное объединение П. с прикладной математической статистикой. Бурное развитие П. в XX в. обусловило значительный вклад, который внесли именно психометристы в общенаучный арсенал современных статистических и нестатистических методов анализа данных. В качестве примера таких данных можно назвать многие разновидности корреляционного, факторного, кластерного анализа, многомерного шкалирования и т. п. В наибольшей степени П. разработана на сегодня в таких областях психологии, как психофизика и дифференциальная психология (см. Психодиагностика). Соответственно этим областям целесообразно разделять П. на «общую» и «дифференциальную». Первая устанавливает числовые соответствия между каким-то свойством стимула (например, интенсивностью света, звука) и соответствующим ощущением определенной силы (яркостью, громкостью и т. п.). Дифференциальная же П. выражает в количественной форме индивидуальные психологические различия между людьми. В этой второй области П. разработаны основные критерии качества психологического измерения — такие свойства психологических тестов, как надежность, валидность, репрезентативность. В области дифференциальной психологии П. является технологической основой для измерительной психодиагностики (см. Психологическое тестирование).

ПСИХОПАТИИ (от греч. *psycho* — душа и *pathos* — страдание, болезнь) — патология характера, при которой у субъекта наблюдается практически необратимая выраженность личностных свойств, препятствующих его адекватной адаптации в социальной среде. Различают П. ядерные (врожденные или конституциональные) и приобретенные. Последние возникают как следствие травмы головного мозга, инфекции, интоксикации, психотравмы и т. д. Конституциональные П. обусловлены врожденной неполноценностью нервной системы, вызванной факторами наследственности, вредностями, воздействующими на плод, родовой травмой и т. п. Конституциональные П. проявляются уже в детском возрасте в виде нарушений

эмоционально-волевой сферы, при этом интеллект может быть относительно сохранным. Степень выраженности П. во взрослом возрасте зависит от условий

воспитания и влияния окружающей среды. Проявления П. разнообразны. Несмотря на

редкость чистых типов и преобладание смешанных форм, принято выделять следующие классические типы:

- 1) циклоиды, основной признак которых — постоянная смена настроения с колебаниями цикла от нескольких часов до нескольких месяцев;
- 2) шизоиды, для которых характерны уход от контактов, замкнутость, скрытность, легкая ранимость, отсутствие эмпатии, угловатость движений;
- 3) epileptoidy, основной признак которых — крайняя раздражительность с приступами тоски, страха, гнева, нетерпеливость, упрямство, обидчивость, жестокость, склонность к скандалам;
- 4) астеники, которым свойственны повышенная впечатлительность, психическая возбудимость, сочетающаяся с быстрой истощаемостью, раздражительность, нерешительность;
- 5) психастеники — тревожные, неуверенные в себе, склонные к постоянным раздумьям, патологическим сомнениям;
- 6) паранойяльные психопаты — склонны к образованию сверхценных идей,

упрямы, эгоистичны, отличаются отсутствием сомнений, уверенностью в себе и завышенной самооценкой;

7) истерические психопаты — характеризуются стремлением во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих, при этом оценка ими реальных событий всегда искажена в благоприятную для них сторону, в общении манерны, театральны;

8) неустойчивые психопаты — основные признаки: слабохарактерность, отсутствие глубоких интересов, податливость влиянию окружающих;

9) органические психопаты — отличаются врожденной умственной ограниченностью, могут хорошо учиться, но бесплодны, когда нужно применить знания или проявить инициативу, умеют «держаться в обществе», но банальны в суждениях. Четкой границы между П. и вариантами нормальных характеров не существует. Указанным типам психопатов в норме соответствуют натуры с подобным характерологическим складом, но без патологической (психопатической) выраженности (см. Акцентуация характера). Под влиянием болезни или психотравм у психопатов могут возникать острые и затяжные реактивные и невротические состояния (см. Психогении), а также депрессии. В профилактике П. большое значение имеет адекватное воспитание, психотерапевтическое (см. Психотерапия) и психофармакологическое (см. Психофармакология) лечение.

ПСИХОСЕКСУАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ — направленность полового влечения и форм его реализации. Формирование П. о. охватывает пубертатный (12-18 лет) и переходный (16—26 лет) периоды сексуальности. Становление П. о. является завершающим этапом психосексуального развития, на котором происходит формирование платонического, эротического и сексуального либидо. Основные понятия либидо, соответственно: платонические мечты, (фантазии, ухаживание и общение; эротические фантазии, ласки и игры; сексуальные фантазии, мастурбация, начало половой жизни, эксцессы и регулярная половая жизнь. Нарушения П. о. (половые извращения, сексуальные перверзии) могут быть обусловлены социогенными, психогенными и соматогенными факторами. Возможны нарушения П. о. по объекту (нарциссизм, эксгибиционизм, зоофилия и др.), по возрасту объекта (педофилия, геронтофилия), по полу объекта (гомосексуализм). Различают также перверзные тенденции, когда извращенные установки проявляются в мечтах, фантазиях, но по каким-либо причинам не реализуются, имея характер легких девиаций полового влечения, возможного и при нормальной сексуальности.

ПСИХОСЕМАНТИКА (от греч. *semantikos* — обозначающий) — область психологии, изучающая генезис, строение и функционирование индивидуальной системы значений, опосредствующей процессы восприятия, мышления, памяти,

принятия решений и т. д. П. исследует различные формы существования значений в индивидуальном сознании (образы, символы, символические действия, а также знаковые, вербальные формы), анализирует влияние мотивационных (см. Мотивация) факторов и эмоциональных состояний (см. Эмоции) субъекта на формирующуюся у него систему значений. Основным методом экспериментальной П. является построение субъективных семантических пространств, являющихся модельным представлением категориальных структур индивидуального сознания. П. изучает как общепсихологические аспекты процесса категоризации, так и дифференциально-психологические. В последнем случае задачей П. является реконструкция системы представлений данного индивида о мире путем реконструкции системы его индивидуальных значений и личностных смыслов.

ПСИХОСИНТЕЗ — динамическая концепция психической жизни человека, разработанная итальянским психологом Р. Ассаджиоли. Опираясь на идеи и работы П. Жане, З. Фрейда, К. Юнга, Карузо, Кречмера и др., Р. Ассаджиоли,

начиная с 1910 г. последовательно разрабатывал собственную концепцию и практику П., суть которой заключается в определенном подходе к строению и функционированию внутреннего мира человека. Схематично внутренний мир человека был представлен в виде сферы (монады), погруженной в поле коллективного бессознательного (окружающую психическую среду). Оболочка сферы проницаема (как мембрана), что обеспечивает процессы взаимного влияния человека и среды. Внутренний мир человека состоит из низшего, среднего и высшего бессознательного, поля сознания, сознательного «я» (эго) и высшего Я. Задача П. — посредством специальных техник помочь человеку глубоко изучить собственную личность (свое бессознательное, свое истинное Я), установить контроль над различными элементами своей личности, выявить свои противоречия, понять себя после постижения своего истинного Я — создать новый, объединяющий его личность центр. П. и заключается в формировании или перестройке личности вокруг нового центра, что в результате позволяет человеку стать хозяином своей жизни, избавиться от психических и соматических расстройств, развить свои способности, обнаружить свою истинную духовную природу и построить под ее руководством гармоничную, эффективную личность.

ПСИХОСОМАТИКА (ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ) — направление медицинской психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение ряда соматических заболеваний (бронхиальной астмы, гипертонической болезни, язвенной болезни 12-перстной кишки, язвенного колита, нейродермита, неспецифического хронического полиартрита. Психологические факторы играют роль и при других заболеваниях: мигренях, эндокринных расстройствах, злокачественных новообразованиях. Однако следует различать истинные психосоматозы, возникновение которых определяется психическими факторами и лечение которых должно быть направлено прежде всего на их устранение и коррекцию (психотерапия и психофармакология), и остальные заболевания, включая инфекционные, на динамику которых психические и поведенческие факторы оказывают существенное воздействие, меняя неспецифическую резистентность организма, которые при этом не являются первопричиной их возникновения. Существует несколько теорий, объясняющих происхождение П. з. Согласно одной из них, П. з. являются следствием стресса, обусловленного длительно действующими и непреодолимыми психотравмами. Другая теория связывает возникновение П. з. с внутренним конфликтом между одинаковыми по интенсивности, но разнонаправленными мотивами индивида. Согласно третьей теории, неразрешимый конфликт мотивов (как и неустраняемый стресс) порождает в конечном итоге реакцию капитуляции, отказ от поискового поведения, что создает наиболее общую предпосылку к развитию П. з. Это проявляется в виде явной или маскированной депрессии. Поражение же тех или иных органов и систем обусловлено генетическими факторами или особенностями онтогенетического развития (см. Онтогенез), определяющими и недостаточность механизмов психологической защиты.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (от греч. *psyche* — душа и *soma* — тело) — нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых в наибольшей степени связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психологической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности. Представление о тесной взаимосвязи самочувствия человека с его психическим, прежде всего эмоциональным, состоянием является одним из важнейших в современной медицине и медицинской психологии. Изменения в психосоматической регуляции лежат в основе возникновения психосоматических болезней, или психосоматозов (см. Психосоматика). В общем виде механизм возникновения психосоматозов может быть представлен следующим образом: психический стрессовый фактор вызывает аффективное

напряжение (см. Аффект}, активизирующее нейроэндокринную и вегетативную нервную систему с последующими изменениями в сосудистой системе и во внутренних органах. Первоначально эти изменения носят функциональный характер, однако при продолжительном и частом повторении они могут стать органическими, необратимыми. Психосоматозы и лежащие в их основе П. р. могут быть разделены на три группы: органические психосоматические заболевания (гипертоническая и язвенная болезни, бронхиальная астма и др.), в развитии которых ведущую роль играют психогенные компоненты; психосоматические функциональные расстройства, вегетативные неврозы; П. р., связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения (склонность к травмам, алкоголизм и др.). Изучение психологических механизмов и факторов возникновения и течения болезней, поиск связей между характером психического стрессового фактора и поражением определенных органов и систем лежат в основе психосоматического направления в медицине.

ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ (психоаналептики) — см. Психотропные средства.

ПСИХОТЕРАПИЯ (от греч. *psyche* — душа и *therapeia* — уход, лечение) — комплексное лечебное вербальное и невербальное воздействие на эмоции, суждения, самосознание человека при многих психических, нервных и психосоматических расстройствах. Условно различают клинически ориентированную П., направленную преимущественно на смягчение или ликвидацию имеющейся симптоматики, и личностно ориентированную П., ставящую задачей содействие пациенту в изменении его отношений к социальному окружению и собственной личности. Методы клинической П. — гипноз, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение, рациональная терапия. Личностно ориентированная П. (индивидуальная и групповая) широко использует различные варианты анализа конфликтных переживаний (см. Конфликт) больного. В индивидуальной П. решающим фактором эффективности лечебных воздействий является психотерапевтический контакт врача и больного, основанный на взаимном уважении и доверии, способности врача к сопереживанию (см. Эмпатия). В качестве методов активирующего терапевтического воздействия широко используются трудотерапия, групповая психотерапия, семейная психотерапия, способствующие повышению компетентности больного в межличностных отношениях, совершенствованию его способности к самопознанию и саморегуляции.

ПСИХОТЕРАПИЯ ГРУППОВАЯ — использование закономерностей межличностного взаимодействия в группе для лечения и достижения физического и психического благополучия человека. П. г. может включать обучение больных интерпретации симптомов и особенностей собственного поведения и др. П. г. предусматривает также организацию психологического тренинга, повышение уровня техники общения. По характеру объекта психотерапевтического воздействия различают: семейную психотерапию, предусматривающую одновременную работу с родителями, детьми и родственниками; П. г. в условиях совместной деятельности, в различного рода психогигиенических клубах;

игровую психотерапию и т. д. Главные показания к П. г.: наличие неврозов с нарушением социальных связей (семейных, производственных), с трудностями в

области общения и социальной адаптации (см. Адаптация социальная); первые стадии алкоголизма, психосоматических заболеваний. П. г. психических заболеваний необходима для реабилитации (восстановления трудоспособности) больных (см. Психотерапия);

она сочетается с трудотерапией, лечением занятостью, развитием самодеятельности и самоуправления в группах больных.

ПСИХОТЕХНИКА (от греч. *techné* — искусство, мастерство) — 1) ветвь

психологии, изучающая проблемы практической деятельности людей в конкретно-прикладном аспекте. В качестве синонима «индустриальной психологии» или «психологии техники» термин П. впервые был использован в 1903 г. немецким психологом В. Терном. В дальнейшем П. получила теоретическое оформление в работах немецких психологов В. Штерна, Г. Мюнстерберга и др. Основными задачами П. признавались: осуществление профессионального отбора и профессиональной ориентации; изучение утомления и упражнения в процессе труда; приспособление человека к машине и машины к человеку;

выяснение эффективности различных средств воздействия на потребителя (реклама), тренировка психических функций при подготовке работников и т. д.

2) В настоящее время термин П. иногда используется в качестве синонима термина «психотехнология» в психиатрии, где для изменения поведения людей, признанных душевнобольными и социально опасными, наряду с психиатрическими средствами используются технические (электронные, компьютерные и др.) средства. В социальной психиатрии П. — это система принципов, методов и средств, направленная на управление человеческим поведением (см. Манипуляция) посредством насильственного (тайного или явного) вмешательства в человеческую психику (через наркотики, гипноз, психофизическое воздействие и т. п.). 3) В различных направлениях психологии и психологических школах под П. понимают конкретные методические приемы или систему приемов, используемых для тестирования, наблюдения, беседы, экспериментального исследования и т. п.

ПСИХОТОКСИКОЛОГИЯ (от греч. *toxicon* — яд и *logos* — учение) — раздел медицинской психологии, изучающий нейрохимические механизмы, проявления и способы лечения психических нарушений, которые вызываются химическими веществами, именуемыми психотомиметиками или галлюциногенами (делизид, мескалин, псилоцибин и др.). Такие вещества обладают весьма выраженной избирательной повреждающей активностью по отношению к мозгу, вызывая уже в крайне ничтожных дозах (миллионных долях грамма) психические расстройства. При этом возникают красочные галлюцинации, нарушения памяти, внимания, мыслительных процессов, эмоций, появляется бредовое поведение (см. Бред), общее психомоторное возбуждение и т. п. (см. Психоз).

ПСИХОТРОПНЫЕ СРЕДСТВА (от греч. *tropos* — поворот, направление) — химические соединения и природные продукты, обладающие избирательной активностью по отношению к нормальной и нарушенной психической деятельности (см. Психофармакология). Существуют различные классификации психотропных средств, исходящие из принципов их химического строения, фармакологической динамики, клинического эффекта и т. д. В соответствии с последним наиболее распространено деление психотропных средств на психолептики — вещества, подавляющие и успокаивающе воздействующие на центральную нервную систему (аминазин, галоперидол, седуксен и др.); психоаналептики — стимуляторы активности, настроения и работоспособности (фенамин, кофеин, сиднокарб и др.); психодизлептики — вещества, дезорганизирующие деятельность мозга (диэтиламид лизергиновой кислоты, бенактизин и др.). В последнее время появляются новые классы психотропных средств, весьма дифференцированно воздействующих на психические функции и поведение человека, его память и работоспособность (нейропептиды, ноотропы, психоэнергизаторы и др.).

ПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ (от греч. *pharmakon* — лекарство и *logos* — учение) — отрасль психологии, сложившаяся на стыке фармакологии, медицинской психологии, патопсихологии и нейрофизиологии, изучающая воздействие на психику человека фармакологических средств, среди которых особое место занимают психотропные средства. Разработка и внедрение эффективных лекарственных средств для лечения нервно-психических расстройств,

купирования бреда, галлюцинаций, психомоторного возбуждения, нарушений памяти, депрессий и т. д. осуществляются под обязательным контролем. В последнее время стала формироваться профессиональная П., ориентированная на коррекцию психического состояния человека в экстремальных условиях его деятельности (эмоционального напряжения, утомления, адаптации к чрезвычайным экологическим факторам). Наряду с клиническими и физиологическими П. пользуется также психологическими методами исследования, вскрывая с их помощью глубинные механизмы зависимости психических функций от их биологического субстрата — мозга. Достижения П. имеют важное естественнонаучное и философское значение.

ПСИХОФИЗИКА — один из классических разделов общей психологии. Создатель П. — Г. Т. Фехнер. Специфика П. состоит в том, что многообразие наблюдаемых форм поведения и психических состояний объясняется здесь прежде всего различиями вызывающих их физических ситуаций (см. Психометрия). Наиболее развиты психофизические исследования сенсорных процессов. При этом выделяются два круга проблем: измерение порога ощущений и построение психофизических кривых. Применение современных средств описания работы испытуемого позволяет учитывать наряду с величиной чувствительности сенсорной системы также и особенности внутренней активности, в частности избираемые критерии принятия решения. Примером современных методик П. является так называемое многомерное шкалирование, позволяющее восстанавливать взаиморасположение ощущений в многомерных субъективных пространствах признаков. Подобные процедуры широко используются в настоящее время за пределами сенсорной П.:

в психологии эмоций, психодиагностике, психосемантике (см. Субъективное семантическое пространство) и т. д. В этом находит свое выражение тенденция к более широкому пониманию П. и к ее интеграции с исследованиями, ведущимися в других разделах психологической науки. В настоящее время П. состоит из двух больших разделов: учение о чувствительности сенсорных систем и учения о сенсорных шкалах.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ — область междисциплинарных исследований на стыке психологии и нейрофизиологии, направленных на изучение психики в единстве с ее нейрофизиологическим субстратом. Первоначально термин «П.» использовался наряду с понятием «физиологическая психология» для обозначения широкого круга исследований психики, опиравшихся на точные объективные физиологические методы (И. Мюллер, Э. Г. Вебер, Г. Г. Фехнер, Г. Гельмгольц и др.). Главной задачей П. является причинное объяснение психических явлений путем раскрытия лежащих в их основе нейрофизиологических механизмов. Успехи современной П. связаны с тем, что наряду с традиционными методами (регистрация сенсорных, моторных, вегетативных реакций, анализ последствий повреждения и стимуляции мозга) в исследовательской практике получили широкое распространение электрофизиологические методы {электроэнцефалография и др.) а также математические способы обработки экспериментальных данных. Особое направление представляет дифференциальная П., изучающая физиологические основы индивидуально-психологических различий.

ПСИХОФИЗИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА — в широком смысле — вопрос о месте психического в природе; в узком — проблема соотношения психических и физиологических (нервных) процессов. Во втором случае П. п. правильнее называть психофизиологической. Особую остроту П. п. приобрела в XVII в., когда сложилась механистическая картина мира, исходя из которой Р. Декарт предпринял попытку объяснить поведение живых существ по образцу механического взаимодействия.

Необъяснимые, исходя из этой трактовки природы, акты сознания были отнесены к бестелесной непространственной субстанции. Вопрос об

отношении этой субстанции к работе «машины тела» привел Декарта к концепции психофизического взаимодействия: хотя тело только движется, а душа только мыслит, они могут влиять друг на друга, соприкасаясь в определенной части мозга. Выступившие против взгляда на психику как на особую субстанцию Т. Гоббс и Б. Спиноза утверждали, что она полностью выводима из взаимодействия природных тел. Спиноза трактовал мышление и протяженность как нераздельные и вместе с тем не связанные между собой причинными отношениями атрибуты бесконечной субстанции — природы. Г. В. Лейбниц, совмещая механистическую картину мира с представлением о психике как уникальной сущности, выдвинул идею психофизического параллелизма. В конце XIX

— начале XX вв. получила распространение махистская трактовка П. п., согласно которой душа и тело построены из одних и тех же «элементов», а потому речь должна идти не о реальной взаимосвязи реальных явлений, а о корреляции между «комплексами ощущений». Современный логический позитивизм рассматривает П. п. как псевдопроблему и полагает, что связанные с ней трудности разрешимы путем применения различных языков к описанию сознания, поведения и нейрофизиологических процессов. В различных разделах психофизиологии и смежных с ней дисциплин накоплен огромный материал о многообразных формах зависимости психических актов от их физиологического субстрата и роли этих актов (как функции мозга) в организации и регуляции жизнедеятельности.

ПСИХОФИЗИЧЕСКИЙ ПАРАЛЛЕЛИЗМ (от греч *parallelos* — рядом идущий)

— одно из толкований психофизической проблемы, согласно которому психическое и физическое (физиологическое) представляют собой два самостоятельных ряда процессов, неотделимых друг от друга, коррелирующих, но не связанных между собой отношениями причины и следствия.

ПСИХОФИЗИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ — идеалистический подход к психофизической проблеме, согласно которому сознание и его нервный (телесный) субстрат представляют собой два самостоятельных начала, оказывающих влияние друг на друга. Дуализм этой концепции (восходящей к Р. Декарту) несовместим с научным объяснением психической регуляции поведения человека как целостного существа.

ПУРКИНЕ Ян (1787-1869) — чешский физиолог и психолог. Исходя из представления о том, что субъективные ощущения (зависящие от органа чувств и только от него) следует отграничить от ощущений, соответствующих внешней реальности, открыл ряд феноменов, касающихся зрительных ощущений и восприятия: «фигура П.» (видение теней кровеносных сосудов сетчатки), «образы П.» (отражения от роговицы и поверхности хрусталика), «феномен П.» (изменение светло-синего и красного цвета при сумеречном зрении). Описал, как изменяются цвета ощущаемого раздражителя в направлении от центра сетчатки глаза к периферии (см. Цветоощущение). Основой единства ощущений считал не синтетическую способность сознания, а то, что заложено в самом воспринимаемом объекте как порождении природы — элементарные качества. Таких качеств бесконечное число, нашим же органам чувств открыты немногие, необходимые для выполнения земных жизненных задач. Формой, из которой развиваются ощущения, является «общее чувство» как предпосылка генетического родства ощущений различных модальностей. От него, как от ствола, ответвляются многообразные ощущения, с одной стороны, отражающие жизнь тела (голод, боль, удовольствие), с другой — свойства и изменения внешних объектов.

ПЬЕРОН Анри (1881-1964) — французский психолог, один из зачинателей экспериментальной и физиологической психологии во Франции. Выступив против субъективизма и бихевиоризма, П. разработал концепцию психологии как науки о поведении организмов в условиях единства внешней среды и

внутренних условий. П. отстаивал принципы естественнонаучного направления в различных областях психологии. Считал, что психофизика без психофизиологии не имеет будущего; доказывал несостоятельность закона Вебера—Фехнера ввиду невозможности его распространения на очень слабые или очень сильные раздражители. П. проводил идеи социальной детерминации психической эволюции.

РАБОТОСПОСОБНОСТЬ —потенциальная возможность индивида выполнять целесообразную деятельность на заданном уровне эффективности в течение определенного времени. Р. зависит от внешних условий деятельности и психофизиологических ресурсов индивида. По отношению к решаемой им задаче можно выделить максимальную, оптимальную и сниженную Р. В процессе деятельности происходит изменение уровня Р., описываемое с помощью кривой Р., показывающей зависимость эффективности деятельности от времени ее выполнения. Для продолжительной деятельности типичны следующие стадии Р. вработывание, оптимальная Р., некомпенсируемое и компенсируемое утомление, конечный «порыв». Выделение этих стадий основывается главным образом на показателях внешней результативности деятельности.

РАДИЩЕВ Александр Николаевич (1749-1802) — русский писатель, философ. Система психологических воззрений Р. изложена в трактате «О человеке, его смертности и бессмертии» (1792). В первой части работы давалась монистическая трактовка психического как свойства материального вещества, во второй — обосновывался тезис о бессмертии души. Следуя материалистически понимаемому принципу развития психики («единая материальная лестница»), Р. утверждал зависимость способностей человека не только от среды, но и от телесной организации. Взгляды Р., во многом сближающиеся со взглядами Дидро, занимают важное место в истории развития психологической мысли в России.

РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ — процесс закономерного изменения личности как системного качества индивида в результате его социализации. Обладая природными анатомо-физиологическими предпосылками к становлению личности, в процессе социализации ребенок вступает во взаимодействие с окружающим миром, овладевая достижениями человечества. Складывающиеся в ходе этого процесса способности и функции воспроизводят в личности исторически сформировавшиеся человеческие качества. Овладение действительностью у ребенка осуществляется в его деятельности при посредстве взрослых: тем самым процесс воспитания является ведущим в развитии его личности. Р. л. осуществляется в деятельности, управляемой системой мотивов, присущих данной личности. Деятельностно-опосредствованный тип взаимоотношений, который складывается у человека с наиболее референтной группой (или лицом), является определяющим (ведущим) фактором Р. л. По А. В. Петровскому, в качестве предпосылки и результата Р. л. выступают потребности. При этом постоянно возникает внутреннее противоречие между растущими потребностями и реальными возможностями их удовлетворения. Система межличностных отношений в группах, в свою очередь, порождает противоречие между потребностью индивида в персонификации и объективной заинтересованностью группы принимать лишь те проявления его индивидуальности, которые соответствуют ценностям, задачам и нормам функционирования и развития этой общности. Это противоречие снимается в совместной деятельности. В самом общем виде Р. л. может быть представлено как процесс вхождения человека в новую социальную среду и интеграцию в ней в результате этого процесса. В случае, если индивид входит в относительно стабильную социальную общность, он при благоприятно складывающихся обстоятельствах проходит три фазы своего становления как личности. Первая фаза (адаптация) предполагает усвоение действующих ценностей и норм и овладение соответствующими средствами и

формами деятельности и тем самым до некоторой степени уподобление индивида другим членам той же общности. Вторая фаза (индивидуализация) порождается обостряющимися противоречиями между необходимостью «быть таким как все» и стремлением индивида к максимальной персонификации, что характеризуется поиском средств и способов обозначения своей индивидуальности. Третья фаза (интеграция) детерминирована противоречием между

стремлением индивида быть идеально представленным своими особенностями и отличиями в общности (см. Персонализация), с одной стороны, и потребностью общности принять, одобрить и культивировать лишь те его индивидуальные особенности, которые способствуют ее развитию и тем самым развитию его самого как личности — с Другой стороны. В случае, если противоречие не устранено, наступает дезинтеграция и, как следствие, либо изоляция Л., либо ее вытеснение из общности, либо деградация. Если индивиду не удастся преодолеть трудности адаптационного периода, у него могут складываться качества конформности, зависимости, робости, неуверенности. Если на второй фазе развития индивид, предъявляя референтные для его группы личностные свойства, характеризующие его индивидуальность, не встречает взаимопонимания, то это может способствовать формированию негативизма, агрессивности, подозрительности. При успешном прохождении фазы интеграции в высокоразвитой просоциальной общности у индивида появляются такие качества, как гуманность, доверие к людям, справедливость, самоопределение, требовательность к себе и другим, и т. д. Ситуация адаптации (дезадаптации), индивидуализации (деиндивидуализации), интеграции (деинтеграции) при последовательном или параллельном вхождении индивида в различные группы многократно воспроизводится. Так закрепляются соответствующие личностные новообразования, в результате чего складывается достаточно устойчивая структура личности, в которой происходит социальное Р. л. Наряду с динамикой Р. л. в пределах относительно стабильной возрастной стадии разворачивается динамика последовательного включения личности в различающиеся по уровню развития и способу организации общности, каждая из которых доминирует в определенных возрастных периоды. Тип Р. л. определяется типом группы, в которую она интегрирована.

РАЗВИТИЕ ПСИХИКИ — закономерное изменение психических процессов во времени, выраженное в их количественных, качественных и структурных преобразованиях. Р. п. характеризуется относительной обратимостью изменений, направленностью (т. е. способностью к накоплению изменений, «надстраиванию» новых изменений над предшествующими) и их закономерным характером (например, воспроизводимостью однотипных изменений у особей одного вида). Р. п. реализуется в форме филогенеза и онтогенеза. Особый предмет исследования составляют формирование и распад мозговой организации психических структур (см. Нейропсихология). Теории Р. п. различаются в зависимости от трактовки структуры психики и условий, определяющих ее преобразование. Можно указать лишь на два общих положения, характерных для большинства концепций. Во-первых, выделяются две группы факторов, обуславливающих Р. п.: природные задатки и внешнее окружение (наиболее четко у В. Штерна, К. Бюлера и их последователей). Иногда выделяют в особую группу факторов личностную активность, отличную от природных задатков (Г. Олпорт.) (см. Гуманистическая психология). Во внешнем окружении, когда речь идет о человеке, обычно обращают внимание на присвоение социальных норм (см. Нормы групповые) и культуры, зафиксированных в знаково-символических формах (Д. Брунер, Д. Мид, Ж. Пиаже, К. Г. Юнг, Л. С. Выготский). Отмечается, что под влиянием этих форм происходит перестройка

порождающих структур психики. Во-вторых, признается наличие некоторых универсальных законов Р. п., в частности объединяющих онтогенез и филогенез человеческой психики. Наиболее отчетливо эта идея под прямым влиянием биогенетического закона Э. Геккеля была высказана С. Холлом в его теории рекапитуляции, согласно которой онтогенетическое развитие психики ребенка воспроизводит филогенез человечества. В 20-30-х годах в отечественной психологии проблематика Р. п. разрабатывалась в основном в рамках детской психологии, а в дальнейшем и на материале зоопсихологии, патопсихологии, исторической психологии. Р. п. рассматривалось при этом как процесс последовательного включения человека в ряд социально-предметных деятельности. Интериоризация структур этих деятельности определяет формирование многоуровневых базовых структур психики. Л. С. Выготским было обосновано положение о ведущей роли обучения в Р. п.:

обучение должно идти впереди развития (см. Зона ближайшего развития). Он критически оценивал представление об отождествлении развития с обучением и отрыве Р. п. от обучения. Развитие психики человека выступает в единстве с развитием его личности (см. Развитие личности), хотя эти процессы не являются тождественными.

РАЗДРАЖИМОСТЬ — изменение физиологического состояния целостного организма, его органов, тканей или клеток под влиянием внешних воздействий, называемых раздражителями. Минимальная величина раздражителя, достаточная для возникновения такого изменения, называется порогом Р., или возбудимость, органов чувств является важнейшей предпосылкой отражения организмом объективных свойств окружающей его среды, что составляет сущность процессов чувствительности (см. также Ощущение).

РАЗДРАЖИТЕЛЬ — любой материальный агент, внешний или внутренний, осознаваемый или неосознаваемый, выступающий как условие последующих изменений состояния организма. Понятие «Р.» является родовым по отношению к понятиям «стимул» и «сигнал». При наличии фиксированной причинно-следственной связи между данным событием и последующими изменениями в состоянии организма Р. выступает как стимул, а соответствующее изменение — как реакция. По интенсивности Р. меняются от минимальных (достаточных для возникновения ощущения) до максимальных (при которых еще сохраняется ощущение данного качества), выступая как пороговые: нижний и верхний абсолютные пороги (см. Порог ощущения). Р. могут выступать как адекватные (генетически соотнесенные с соответствующими анализаторами) и неадекватные (не соотнесенные, но вызывающие специфические для данного анализатора ощущения). Так, сетчатка обуславливает возникновение зрительных ощущений как при воздействии светом, так и при механических и электрических воздействиях на глаз.

РАППОРТ (от франц. rapport — сообщение, отношение, связь) — тип связи и связь между людьми, характеризующиеся наличием взаимных позитивных эмоциональных отношений и определенной мерой взаимопонимания. Понятие Р. обычно употребляется в нескольких широких и узких, специализированных значениях для характеристики типа связи, которая устанавливается: 1) в любых положительных отношениях людей; 2) в различных близких межличностных отношениях; 3) в функциональных отношениях людей в естественных или искусственных условиях, в т. ч. для характеристики контакта: а) между исследователем и исследуемым; б) гипнотизирующим (гипнотизером) и гипнотизируемым (см. Гипноз); в) психоаналитиком и пациентом (см. Психоанализ). Особое внимание установлению и изучению Р. уделяется в гипнозе и психоанализе, поскольку считается, что без Р. осуществление эффективного гипноза или психоанализа невозможно (см. Трансфер).

РАССЕЯННОСТЬ — функциональное или органическое нарушение способности к сосредоточенной, целенаправленной деятельности. Иногда Р. возникает при напряженной умственной работе как результат односторонней сосредоточенности. В качестве дефекта произвольного внимания Р. может быть обусловлена разнообразными факторами: от утомления и отсутствия соответствующей мотивации до тех или иных клинических расстройств, зачастую связанных с нарушениями мышления.

РАССУДОК И РАЗУМ — два типа работы логического мышления, внутренне связанные, как компоненты целостного процесса познания. Рассудок, будучи одним из моментов движения мысли к истине, оперирует в пределах сложившегося знания данными опыта, упорядочивая их согласно твердо установленным правилам, что придает ему характер «некоего духовного автомата» (Б. Спиноза), которому присущи жесткая определенность, строгость разграничений и утверждений, тенденция к упрощению и схематизации. Это позволяет правильно классифицировать явления, приводить знания в систему. Разум дает знания более глубокого и обобщенного характера. Схватывая единство противоположностей, он позволяет постичь различные стороны объекта в их несходстве, взаимопереходах и сущностных характеристиках.

Разум обладает способностью анализировать и обобщать как данные чувственного опыта, так и собственные формы, наличные мысли и, преодолевая их односторонность, вырабатывать отображающие диалектику объективного мира понятия. Выход за пределы наличного знания и порождение новых понятий — основное отличие разума от рассудка, предполагающего оперирование уже известными понятиями.

РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ (от лат. *rationalis* — разумный) — 1) в психоанализе один из защитных механизмов личности, обеспечивающий блокировку осознания истинных мыслей, чувств и мотивов деятельности человека и формулировку более приемлемых для личности объяснений ее поведения; 2) бессознательное стремление индивида к рациональному обоснованию и объяснению своих идей и поведения даже в тех случаях, когда они иррациональны. Понятие Р. было введено Э. Джонсом в 1908 г.

РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ (от лат. *re* — против и *actio* — действие) — особые психические состояния (психогении), в клинической картине которых отражается содержание психической травмы. Выделяют следующие виды Р. с: 1) реактивные депрессии, когда в результате психотравмы человек находится в угнетенном состоянии, проявляющемся в заторможенности, обедненной мимике (человек малоподвижен, на вопросы отвечает односложно, невыразительным голосом), мысли его постоянно сосредоточены на происшедшем, которое патологически переживается; 2) аффективно-шоковые реакции (см. Аффект), возникающие обычно в ответ на какие-либо массовые катастрофы, аварии и проявляющиеся в сужении сознания, панике, беспорядочной двигательной активности или, напротив, полной заторможенности (психогенный ступор). У лиц психопатического склада (см. Психопатии) в ответ на болезнь или тяжелую психотравму могут развиваться реактивные психозы в форме реактивного бреда, сумеречного состояния сознания и пр.

РЕАКТОЛОГИЯ (от лат. *re* — против, *actio* — действие от греч. *logos* — учение) — направление психологии, трактовавшее ее как «науку о поведении» живых существ (в том числе и человека). Р. была основана иф Н. Корниловым. Центральное понятие Р. — «реакция» (все ответные движения организмов, включая одноклеточных) — рассматривалось как универсальное для всех живых существ, как ответ целого организма, а не отдельного органа. Задачу Р. составляло изучение быстроты, силы и формы протекания реакции с помощью различных методов. Переработка понятия рефлекса и расширение его до категории «реакция» давали возможность, по мнению представителей Р., осуществить «синтез» субъективной и объективной психологии. Р. строилась

путем эклектического слияния диалектических принципов с некоторыми механистическими и энергетическими идеями. Существование Р. закончилось в начале 30-х гг. в связи с так называемой «реактологической дискуссией». С этого времени понятие Р. было устранено из психологической науки.

РЕАКЦИЯ (в психологии) (от лат. *ge* — против, *actio* — действие) — любой ответ организма на изменение во внешней или внутренней среде — от биохимической Р. отдельной клетки до условного рефлекса.

РЕГРЕССИВНОЕ (ВНУТРЕННЕЕ) ТОРМОЖЕНИЕ — см Торможение проактивное.

РЕГРЕССИЯ ПОВЕДЕНИЯ — форма защитной реакции индивида (см. Защита психологическая) при переживании им фрустрации, сильных степеней эмоциональной напряженности, стресса, состоящая в замене значимой для субъекта сложной задачи, решение которой затруднено в сложившейся ситуации, на более легкую. В связи с этим обедняется репертуар реализуемых субъектом поведенческих актов за счет использования более простых и привычных для него стереотипных действий и автоматизмов (J7. Фресс). В отличие от замещения (К. Левин), смещения, генерализации (Ж. Нюттен) и других форм преодоления избыточного эмоционального напряжения, при которых целевая структура деятельности остается сохранной и осуществляется поиск новых путей ее реализации, для Р. п. характерны изменения в мотивационно-потребностной сфере, что приводит к качественной деградации поведения, (см. Мотивация, Потребность)

РЕДУКЦИОНИЗМ (в психологии) (от лат. *reductio* — возвращение, отодвигание вперед) — осознаваемая или неосознаваемая методологическая установка, направленная на сведение явлений одного порядка к явлениям качественно иного порядка (например, психического к физиологическому, биохимическому, биофизическому). Р. игнорирует или прямо отрицает наличие собственно психологических закономерностей и механизмов, лишая тем самым психологию статуса самостоятельной науки. Психика трактуется при этом как некое побочное явление, эпифеномен (см. Эпифеноменализм). Р. обезоруживает психологию перед лицом задач, предъявляемых ей социальной практикой, в частности связанных с разработкой основ формирования личности, ее сознания и поведения.

РЕЙТИНГ (от англ. *rating* — оценка, порядок, классификация) — термин, обозначающий субъективную оценку какого-либо явления по заданной шкале. С помощью Р. осуществляется первичная классификация социально-психологических объектов по степени выраженности общего для них свойства (экспертные оценки). В социальных науках Р. служит основой для построения многообразных шкал оценок, в частности при оценке различных сторон трудовой деятельности, популярности отдельных лиц, престижности профессий и др. Получаемые при этом данные обычно имеют характер порядковых шкал (см. Шкалирование).

РЕЙТИНГ-ШКАЛИРОВАНИЕ (от англ. *rating* — оценка, *scaling* — определение масштаба) — метод построения шкалы для измерения отношений между изучаемыми объектами на основе экспертных оценок (рейтингов).

РЕКАПИТУЛЯЦИЯ (от лат. *recapitulatio* — повторение) — краткое, сжатое во времени повторение в онтогенезе признаков филогенетических (исторических) форм (см. Филогенез, Биогенетический закон).

РЕЛАКСАЦИЯ (от лат. *relaxatio* — уменьшение напряжения, ослабление) — состояние покоя, расслабленности, возникающее у субъекта вследствие снятия напряжения, после сильных переживаний или физических усилий. Р. может быть произвольной (расслабленность при отходе ко сну) и произвольной, вызываемой путем принятия спокойной позы, представления состояний, обычно соответствующих покою, расслабления мышц, вовлеченных в различные виды активности (см. Аутогенная тренировка). Эффективным методом обучения Р. является установление обратной связи с помощью

приборов, фиксирующих уровень биоэлектрической активности и делающих его доступным восприятию обучающегося. Р. — один из вспомогательных приемов спортивной тренировки, аутогенной тренировки, логопедической работы и т. д.

РЕМИНИСЦЕНЦИЯ (в психологии) (от лат. *reminiscentia* — припоминание) — более полное и точное воспроизведение сохраненного в памяти материала по сравнению с первоначально запечатленным (заученным). Термин Р. был предложен сербским ученым В. Урбанчиком в 1907 г. Р. может наблюдаться при запоминании самого различного вербального и наглядного материала, а также при закреплении сенсомоторных навыков. Особенно часто Р. проявляется при работе с большим объемом логически или предметно связанного материала, оказывающего на человека эмоциональное воздействие. Р. более выражена в детском возрасте.

РЕСПОНДЕНТ (от англ. *respondent* — отвечающий) — участник социально-психологического исследования, выступающий в роли опрашиваемого. В зависимости от характера исследования Р. предстает как испытуемый, клиент, информант, пациент или просто собеседник.

РЕФЕРЕНТНАЯ ГРУППА — см. Группа референтная.

РЕФЕРЕНТНОСТЬ (от лат. *referens* — сообщающий) — отношение значимости, связывающее субъекта с другим человеком или группой лиц (см. Значимый другой). Понятие «Р.» впервые применил американский психолог Г. Хаймен, утверждавший, что суждения людей о себе во многом зависят от того, с какой группой они себя соотносят. Оно получило широкое распространение, но толковалось разными исследователями по-разному. В ряде исследований в основу его трактовки был положен

момент значимой избирательности при определении субъектом своих ориентации (мнений, позиций, оценок). Отсюда Р. понималась как особое качество личности субъекта, определяемое мерой его значимости для другого человека или группы людей и в том числе выступающее фактором персонификации. В зависимости от ситуации Р. проявляет себя по-разному. Например, объектом референтных отношений для субъекта может выступать группа, членом которой он является, либо группа, с которой он себя соотносит, не будучи реальным ее участником. Функцию референтного объекта может выполнять и отдельный человек, в том числе не существующий реально (литературный герой, вымышленный идеал для подражания, идеальное представление субъекта о себе самом и т. п.). Факт Р. индивида для других членов группы устанавливается с помощью специальной экспериментальной процедуры — референтометрии (см. Референтометрический метод).

РЕФЕРЕНТОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД (или референтометрия) (от лат. *referens* — сообщающий и греч. *metreo* — измеряю) — способ выявления референтности членов группы для каждого входящего в нее индивида. Р. м. включает две процедуры. На предварительной (вспомогательной) с помощью опросного листа выявляются позиции (мнения, оценки, отношение) каждого члена группы по поводу значимого объекта, события или человека. Вторая процедура выявляет лиц, позиция которых, отраженная в опросном листе, представляет наибольший интерес для других испытуемых. Все это вынуждает испытуемого проявлять высокую избирательность в отношении тех лиц в группе, чья позиция для него в данный момент наиболее актуальна. Важной стороной Р. м. является глубокая мотивированность (см. Мотивация) поведения испытуемого, поглощенного возможностью ознакомиться с позицией, высказанной референтным для него лицом по поводу значимого объекта. Поэтому Р. м. позволяет выявить мотивы межличностных выборов, предпочтений в группе. Вместе с тем мера референтное (предпочтительности) субъекта определяется здесь косвенно, через проявление испытуемым интереса к позиции этого субъекта по поводу значимого объекта.

РЕФЛЕКС (от лат. *reflexus* — отраженный) — опосредствованная нервной системой закономерная ответная реакция организма на раздражитель. Рефлекторный принцип в деятельности мозга был сформулирован Р. Декартом в первой половине XVII в., хотя сам термин Р. вошел в науку на столетие позже, после работ английского невролога Т. Виллиса и чешского физиолога И. Прохазки. Р. принято делить на безусловные и условные.

РЕФЛЕКСИЯ (от лат. *reflexio* — обращение назад) — процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний. Понятие Р. возникло в философии и означало процесс размышления индивида о происходящем в его собственном сознании. Р. Декарта отождествляя Р. со способностью индивида сосредоточиться на содержании своих мыслей, абстрагировавшись от всего внешнего, телесного. Дж. Локк разделил ощущение и Р., трактуя последнюю как особый источник знания (внутренний опыт, в отличие от внешнего, основанного на свидетельствах органов чувств). Эта трактовка Р. стала главной аксиомой интроспективной психологии. В этих представлениях неадекватно преломилась реальная способность человека к самоотчету об испытываемых им фактах сознания, самоанализу собственных психических состояний. Р. в социальной психологии выступает в форме осознания действующим субъектом — лицом или общностью — того, как они в действительности воспринимаются и оцениваются другими индивидами или общностями. Р. — это не просто знание или понимание субъектом самого себя, но и выяснение того, как другие знают и понимают «рефлектирующего», его личностные особенности, эмоциональные реакции и когнитивные (связанные с познанием) представления. Когда содержанием этих представлений выступает предмет совместной деятельности, развивается особая форма Р. — пред-мет.но-рефлексивные отношения. В сложном процессе Р. даны, как минимум, шесть позиций, характеризующих взаимное отображение субъектов: сам субъект, каков он есть в действительности; субъект, каким он видит самого себя; субъект, каким он видится другому, и те же самые три позиции, но со стороны другого субъекта. Р., таким образом, — это процесс удвоенного, зеркального взаимоотображения субъектами друг друга, содержанием которого выступает воспроизведение, воссоздание особенностей друг друга. Традиция исследований Р. в западной социальной психологии восходит к работам Д. Холмса, Т. Ньюкома и Ч. Кули и связана с экспериментальным изучением диад — пар субъектов, включенных в процесс взаимодействия в искусственных, лабораторных ситуациях. Отечественные исследователи (Г. М. Андреева и др.) отмечают, что для более глубокого понимания Р. ее необходимо рассматривать не на диаде, а на более сложных организованных реальных социальных группах, объединенных значимой совместной деятельностью.

РЕФЛЕКСОЛОГИЯ (от лат. *reflexus* — отраженный и греч. *logos* — учение) естественнонаучное направление в психологии, получившее развитие в период 1900-1930 гг., главным образом в нашей стране, и связанное с деятельностью В. М. Бехтерева. Следуя за Ж. М. Сеченовым, Р. исходила из того, что нет ни одного процесса мысли, который не выражался бы теми или иными объективными проявлениями. В связи с этим изучались все рефлексы, протекающие с участием головного мозга («соотносительная деятельность»). Р. стремилась использовать исключительно объективные методы как твердую точку опоры для научных выводов, рассматривая психическую деятельность в связи с нервными процессами и привлекая для ее объяснения материалы физиологии высшей нервной деятельности. Возникнув в области психологии, Р. проникла в педагогику, психиатрию, социологию, искусствоведение. Несмотря на ряд эмпирических достижений, Р. не смогла преодолеть механистическую трактовку психических процессов как побочных явлений (см. Эпифеноменализм) актов поведения. К концу 20-х гг. усилилась марксистская критика Р. Значительная часть рефлексологов в начале 30-х гг.

пересмотрела прежние позиции. Однако в 50-х гг. после так называемой «павловской сессии» Академии наук и Академии медицинских наук получили развитие внутриспихологические ^сдаанов/ш, имеющие характер рефлексологических реминисценций.

РЕЦЕПТОР (от лат. *recipere* — получать) — периферическая специализированная часть анализатора, посредством которой только определенный вид энергии трансформируется в процесс нервного возбуждения. Р. широко варьируют по степени сложности структуры и по уровню приспособленности к своей функции. В зависимости от энергии соответствующего раздражения Р. делятся на механорецепторы и хеморецепторы. Механорецепторы обнаружены в ухе, вестибулярном аппарате, мышцах, суставах, в коже и внутренних органах. Хеморецепторы обслуживают обонятельную и вкусовую чувствительность: многие из них находятся в мозге, реагируя на изменения химического состава жидкой среды организма.

Зрительные Р. также, по существу, являются хеморецепторами. В зависимости от положения в организме и выполняемой функции Р. делятся на экстероцепторы, интероцепторы и проприоцепторы. К экстероцепторам относятся дистантные Р., получающие информацию на некотором расстоянии от источника раздражения (обонятельные, слуховые, зрительные, вкусовые); интероцепторы сигнализируют о раздражителях внутренней среды, алпроприоцепторы — о состоянии двигательной системы организма. Отдельные Р. анатомически связаны друг с другом и образуют рецептивные поля, способные перекрываться.

РЕЦЕПЦИЯ (от лат. *recipio* — принятие, прием) — трансформация энергии внешнего мира в нервный процесс распространяющегося возбуждения, несущий нервным центрам информацию о действии соответствующего раздражителя. Психофизическая зависимость, описываемая законом Вебера—Фехнера (см. Вебера—Фехнера закон), возникает уже в сенсорных (воспринимающих) системах в самом первом звене, на рецепторном уровне. Функция рецепторов находится под регулирующим контролем со стороны центральной нервной системы, осуществляемым через эфферентные волокна (см. Эфферентная система) в составе сенсорных нервов (см. Мозг).

РЕЦИПИЕНТ (от лат. *recipientis* — получающий) — субъект, воспринимающий адресованное ему сообщение. Субъект, реагирующий на сообщение, — респондент.

РЕЧЬ — сложившаяся исторически в процессе материальной преобразующей деятельности людей форма общения, опосредствованная языком. Р. включает процессы порождения и восприятия сообщений для целей общения или (в частном случае) для целей регуляции и контроля собственной деятельности (Р. внутренняя, Р. эгоцентрическая). Для психологии представляет интерес прежде всего место Р. в системе высших психических функций человека — в ее взаимоотношении с мышлением, сознанием, памятью, эмоциями и т. д.; при этом особенно важны те ее особенности, которые отражают структуру личности и деятельности. Большинство отечественных психологов рассматривает Р. как речевую деятельность, выступающую или в виде целостного акта деятельности (если она имеет специфическую мотивацию, не реализуемую другими видами деятельности), или в виде речевых действий, включенных в неречевую деятельность. Структура речевой деятельности или речевого действия в принципе совпадает со структурой любого действия, т. е. включает фазы ориентировки, планирования (в форме «внутреннего программирования»), реализации и контроля. Р. может быть активной, конструируемой каждый раз заново, и реактивной, представляющей собой цепочку динамических речевых стереотипов. В условиях спонтанной устной Р. (см. Р. устная) сознательный выбор и оценка используемых в ней языковых средств сведены до минимума, в то время как в письменной Р. (см. Р.

письменная) и в подготовленной устной Р. занимают значительное место. Различные виды и формы Р. строятся по специфическим закономерностям (например, разговорная Р. допускает значительные отклонения от грамматической системы языка, особое место занимает логическая и тем более художественная Р. Р. изучается не только психологией Р., но и психолингвистикой, физиологией Р., лингвистикой, семиотикой и другими науками.

РЕЧЬ АВТОНОМНАЯ ДЕТСКАЯ — один из ранних этапов развития речи ребенка, переходный к овладению речи взрослых. По форме «слова» Р. а. д. являются результатом искажения детьми слов взрослых или их частями, повторенными дважды (например, «ко-ко» вместо «молоко», «кика» вместо «киска» и т. п.). Характерными особенностями Р. а. д. являются: 1) ситуативность, влекущая за собой неустойчивость значений слов, их неопределенность и многозначность; 2) своеобразный способ обобщения, основанный на субъективных чувственных впечатлениях, а не на объективных признаках или функциях предмета (например, одним словом «кика» могут обозначаться все мягкие и пушистые вещи — шуба, волосы, плюшевый мишка, кошка); 3) отсутствие флексий и синтаксических отношений между словами. Р. а. д. может принимать более или менее развернутые формы и сохраняться продолжительное время. Это нежелательное явление задерживает не только формирование речи (всех ее сторон), но и умственное развитие в целом. Специальная речевая работа с детьми, правильная речь окружающих взрослых, исключая «подстраивание» под несовершенную речь ребенка, служат средством профилактики и коррекции Р. а. д. Особенно развитые и затяжные формы Р. а. д. может принимать у близнецов или в замкнутых детских группах. В этих случаях рекомендуется временное разъединение детей.

РЕЧЬ ВНУТРЕННЯЯ — различные виды использования языка (точнее, языковых значений) вне процесса реальной коммуникации. Выделяют три основных типа Р. в.: а) внутреннее проговаривание — «речь про себя», сохраняющая структуру внешней речи, но лишенная фонации, т. е. произнесения звуков, и типичная для решения мыслительных задач в затрудненных условиях; б) собственно Р. в., когда она выступает как средство мышления, пользуется специфическими единицами (код образов и схем, предметный код, предметные значения) и имеет специфическую структуру, отличную от структуры внешней речи; в) внутреннее программирование, т. е. формирование и закрепление в специфических единицах замысла (типа, программы) речевого высказы-

вания, целого текста и его содержательных частей (А. Н. Соколов, Н. И. Жинкин и др.). В онтогенезе Р. в. формируется в процессе интериоризации внешней речи. **РЕЧЬ ДАКТИЛЬНАЯ** (от греч. *daktylos* — палец) — речь, воспроизводящая слова при помощи дактильных букв, т. е. определенных конфигурации пальцев и их движений. Дактильная речь используется в сурдопедагогике как вспомогательное речевое средство при обучении глухих словесной речи, а также в межличностной коммуникации глухих и общении слышащих с глухими.

РЕЧЬ ЖЕСТОВАЯ (от франц. *gestes* — деяния) — способ межличностного общения людей, лишенных слуха, при помощи системы жестов, характеризующейся своеобразными лексическими и грамматическими закономерностями. Закономерности Р. ж. обусловлены выраженным своеобразием ее основной семантической единицы — жеста, а также его функциональным назначением (использованием в сфере непринужденного общения). В сфере официального общения (собрания, перевод лекций и т. д.) применяется калькирующая Р. ж., когда жесты последовательно используются для воспроизведения слов. В калькирующей Р. ж. применяются элементы речи дактильной для обозначения окончаний, суффиксов и т. д. Р.

ж. используется как вспомогательное средство (наряду с основным — словесной речью) в процессе обучения и воспитания детей с недостатками слуха.

РЕЧЬ ПИСЬМЕННАЯ — вербальное (словесное) общение при помощи письменных текстов. Оно может быть и отсроченным (например, письмо), с непосредственным (обмен записками во время заседания). Р. п. отличается от речи устной не только тем, что использует графику, но и в грамматическом (прежде всего синтаксическом) и стилистическом отношениях — типичными для Р. п. синтаксическими конструкциями и специфичными для нее функциональными стилями. Ей свойственна весьма сложная композиционно-структурная организация, которой необходимо специально овладевать, и отсюда — особая задача обучения Р. п. в школе. Поскольку текст Р. п. может быть воспринят одновременно или, во всяком случае, большими «кусками», восприятие Р. п. во многом отличается от восприятия устной речи.

РЕЧЬ УСТНАЯ — вербальное (словесное) общение при помощи языковых средств, воспринимаемых на слух. Р. у. характеризуется тем, что отдельные компоненты речевого сообщения порождаются и воспринимаются последовательно. Процессы порождения Р. у. включают звенья ориентировки, одновременного планирования (программирования), речевой реализации и контроля; при этом планирование в свою очередь совершается по двум параллельным каналам и касается содержательной и моторно-артикуляционной сторон Р. у.

РЕЧЬ ЭГОЦЕНТРИЧЕСКАЯ (от лат. ego — я, centrum — центр круга) — речь, обращенная к самому себе, регулирующая и контролирующая практическую деятельность ребенка. Как показал Л. С. Выготский в полемике с швейцарским психологом Ж. Пиаже (впоследствии согласившимся с его точкой зрения), Р. э. генетически восходит к внешней (коммуникативной) речи и является продуктом ее частичной интериоризации. Таким образом, Р. э. — как бы переходный этап от внешней к внутренней Р. Понятие Р. э. используется также в патопсихологии при описании соответствующих синдромов.

РЕШЕНИЕ (в психологии) — формирование мыслительных операций, снижающих исходную неопределенность проблемной ситуации. В процессе Р. выделяют стадии поиска, принятия и реализации Р. Конкретизация понятия Р. зависит от уровня исследования (системный, функциональный, личностный, деятельностный), области исследования (познавательное, творческое, оперативное, управленческое Р.), психологических механизмов Р. (волевое, интеллектуальное, эмоциональное, вероятностное Р. и др.). В инженерной психологии понятие Р. часто отождествляется с принятием решения по поводу восприятия сигналов и способов воздействия на систему управления. Оценка Р. проводится по параметрам его качества и эффективности, психологической и логической сложности. Типичная структура поведения человека в ходе Р. — разделение исходной проблемы на множество более простых промежуточных задач соответственно плану Р. Существуют два типа механизмов Р., характеризующихся наличием или отсутствием гарантии получения правильного результата. Практическая ценность эвристических приемов зависит от предшествующего опыта решения аналогичных задач.

РИБО Тэодюль (1839-1916) — французский психолог. Придавая огромное значение патопсихологическому методу при установлении закономерностей нормальной психики («Болезни памяти», 1881; «Болезни воли», 1883; «Болезни личности», 1885), установил один из законов памяти (закон регрессии памяти Рибо). В работах, посвященных анализу внимания, воображения, эмоциональной памяти, развития общих понятий и др., ориентировался на принципы и методы естествознания, на представления о рефлекторных механизмах и моторных началах психики, ее социальной природе. Будучи противником метафизики и идеализма, Р. развил

ассоцианистскую концепцию (см. Ассоцианизм), имевшую материалистическую направленность. Это имело важное значение в эпоху становления психологии как самостоятельной объективной биологической науки. Р. одним из первых на Западе признал ряд положений рефлексорной теории И. М. Сеченова при объяснении сущности и нейрофизиологических механизмов психической жизни.

РИГИДНОСТЬ (в психологии) (от лат. *rigidus* — жесткий, твердый) — затрудненность (вплоть до полной неспособности) в изменении намеченной субъектом программы деятельности в условиях, объективно требующих ее перестройки. Выделяют когнитивную, аффективную и мотивационную Р. Когнитивная Р. обнаруживается в трудностях перестройки восприятия и представлений в изменившейся ситуации. Аффективная Р. выражается в косности аффективных (эмоциональных) откликов на изменяющиеся объекты эмоций. Мотивационная Р. проявляется в тугоподвижной перестройке системы мотивов в обстоятельствах, требующих от субъекта гибкости и изменения характера поведения. Уровень Р., проявляемой субъектом, обуславливается взаимодействием его личностных особенностей с характером среды, включая степень сложности стоящей перед ним задачи, ее привлекательности для него, наличие опасности, монотонность стимуляции и т. д.

РИСК — ситуативная характеристика деятельности, состоящая в неопределенности ее исхода и возможных неблагоприятных последствий в случае неуспеха. В психологии термину «Р.» соответствуют три основных взаимосвязанных значения: 1) Р. как мера ожидаемого неблагоприятного исхода при неуспехе в деятельности, определяемая сочетанием вероятности неуспеха и степени неблагоприятных последствий в этом случае. 2) Р. как действие, в том или ином отношении грозящее субъекту потерей (проигрышем, травмой, ущербом). Экспериментально различаются Р. мотивированный, рассчитанный на ситуативные преимущества в деятельности, и «бескорыстный» (см. Активность). Кроме того, исходя из соотношения ожидаемого выигрыша и ожидаемого проигрыша при реализации соответствующего действия, выделяют оправданный и неоправданный Р. 3) Р. как ситуация выбора между двумя возможными вариантами действия: менее привлекательным, однако более надежным, и более привлекательным, но менее надежным (исход которого проблематичен и связан с возможными неблагоприятными последствиями). Традиционно здесь выделяются два класса ситуаций, в которых: а) успех и неуспех оцениваются по определенной шкале достижений (ситуации типа «уровень притязаний»)] б) неуспех влечет за собой наказание (физическая угроза, болевое воздействие, социальные санкции). Важное различие имеется между теми ситуациями, где исход зависит от случая (шансовые ситуации), и теми, в которых он связан со способностями субъекта (ситуации навыка). Выявлено, что при прочих равных условиях люди обнаруживают более высокий уровень Р. в ситуациях, связанных не с шансом, а с навыком, когда человек считает, что от него что-то зависит. В психологии понятие «Р.» раскрывается главным образом в аспекте принятия Р., т. е. активного предпочтения субъектом опасного варианта действия безопасному. Внимание исследователей привлекают явления сдвига в сторону большего или меньшего уровня Р. в условиях группового обсуждения деятельности (см. Сдвиг к Р.).

РИШЕ Шарль (1850-1935) — французский физиолог, психолог, гипнолог. Изучал гипноз, установил три фазы в сомнамбулизме, развивал учение об истероэпилепсии. Применял естественнонаучный метод при изучении простых и сложных познавательных процессов (ощущение, боль, мышление, автоматическое письмо). Основные работы Р.: «Экспериментальные и клинические исследования чувствительности» (1877); «Опыт общей психологии» (1887); «Человек и мышление» (1884); «Мышление и человек»

(1927). Книга Р. «Ученый» (1923) — одна из первых в области психологии науки.

РОДЖЕРС Карл Рэнсом (1902-1987) — американский психолог, один из лидеров гуманистической психологии. Фундаментальным компонентом структуры личности считал Я-концепцию, формирующуюся в процессе взаимодействия субъекта с окружающей (прежде всего социальной) средой и являющуюся интегральным механизмом саморегуляции его поведения. Рассогласование между Я-концепцией и представлением об идеальном «Я», а также нарушение соответствия между непосредственным, реальным опытом и Я-концепцией (в частности, фрустрация свойственной личности потребности в позитивном отношении к себе и самоуважении) вызывают попытки ограждения Я-концепции от угрозы дезорганизации путем ввода в действие механизмов психологической защиты, проявляющейся в виде либо перцептивного искажения (или селективности восприятия) опыта, либо его игнорирования, что, однако, не обеспечивает полной гармонизации личности, а в ряде случаев приводит к ее серьезной психологической дезадаптации. Важнейшая характеристика психологически зрелой, «полностью функционирующей» личности — ее открытость для опыта, соответствие которого Я-концепции обеспечивается гибкостью, непрерывным изменением, совершенствованием человеческого Я. Разработанная Р. система психотерапии, получившая название индирективной, центрированной на клиенте, призвана обеспечить устранение диссонанса между реальным опытом и Я-концепцией, способствуя достижению их соответствия.

РОЛЬ (в социальной психологии) (от франц. *role*) — социальная функция личности; соответствующий принятым нормам способ поведения людей в зависимости от их статуса или позиции в обществе, в системе межличностных отношений. Понятие Р. ввел в социальную психологию Д. Мид (см. Интеракционизм). Индивидуальное исполнение человеком Р. имеет определенную «личностную окраску», зависящую прежде всего от его знаний и умения находиться в данной Р., от ее значимости для него, от стремления в большей или меньшей степени соответствовать ожиданиям окружающих. Диапазон и количество Р. определяются многообразием социальных групп, видов деятельности и отношений, в которые включена личность, ее потребностями и интересами. Различают Р. социальные, обусловленные местом индивида в системе объективных социальных отношений (Р. профессиональные, социально-демографические и др.). и Р. межличностные, определяемые местом индивида в системе межличностных отношений (лидер, отверженных и др.). Выделяют также Р. активные, исполняемые в данный момент, и латентные, не проявляющиеся в данной ситуации. Кроме того, различают Р. институционализированные (официальные, конвенциональные), связанные с официальными требованиями организации, в которую входит субъект, и стихийные, связанные со стихийно возникающими отношениями и видами деятельности.

РОРШАХ Герман (1884-1984) — шведский психиатр. Изобрел названный его именем тест, ставший одним из главных средств психодиагностического изучения личности, ее структуры и неосознаваемой мотивации. Тест заключается в интерпретации испытуемым набора чернильных пятен различной конфигурации и цвета, имеющих определенный смысл для диагностики скрытых установок, побуждений, свойств характера («Психодиагностика: диагностический тест, основанный на восприятии», 1921). Работа Р. дала импульс разработке одного из главных направлений в современной психодиагностике (см. Тесты проективные), поскольку позволила подойти к рассмотрению личности как целостности, а не совокупности отдельных способностей.

РОССОЛИМО Григорий Иванович (1860-1928) — русский невролог и психолог. С целью диагностики индивидуальных психических свойств разработал

методику их количественной оценки, дающую целостное представление о личности. Выделил одиннадцать психических процессов, которые в свою очередь разбивались на пять групп: внимание, восприимчивость, воля, запоминание, ассоциативные процессы (воображение, мышление). По каждому из этих процессов предлагались задания, в зависимости от выполнения которых оценивалась по определенной шкале «сила» каждого из процессов. Сумма положительных ответов отмечалась соответствующей точкой графика; соединение точек давало «психологический профиль» индивида. Задания варьировались по категориям испытуемых (для детей, взрослых интеллигентных, взрослых неинтеллигентных). Р. предложил также формулу перевода профилей с графического языка на математический. Опираясь на эту методику, разрабатывал вопросы о типах психических индивидуальностей, умственной отсталости, диагностики патологических симптомов, относящихся к сфере психики («Психологические профили», 1910).

РУБИНШТЕЙН Моисей Матвеевич (1878-1953) — российский психолог, педагог, философ. Разрабатывал концепцию педагогической психологии как научной базы педагогики («Очерк педагогической психологии в связи с общей педагогикой», 1913). В трудах Р. получили развитие проблемы психологии юношеского возраста («Психология, педагогика и гигиена юности», 1926). Личность по Р. образует единство ее четырех системных свойств: человек — «детище природы», «индивид», «социален», «сочлен культуры». По причинам идеологического характера после 30-го года роль Р. в развитии психологической науки замалчивалась.

РУБИНШТЕЙН Сергей Леонидович (1889-1960) — российский психолог и философ. Разработал деятельностный подход в философии, психологии и педагогике: человек и его психика формируются и проявляются в изначально практической деятельности и потому должны изучаться через их проявления в основных видах деятельности (в труде, познании, учении, игре и т. д.) («Основы общей психологии», 1946). Основными особенностями деятельности Р. считал: социальность — деятельность осуществляется только субъектом (человечеством, группой людей, личностью); деятельность как взаимодействие субъекта с объектом является содержательной, предметной, а не чисто символической и фиктивной; деятельность всегда творческая и самостоятельная. Деятельность определяется своим объектом, не прямо, а лишь опосредствованно через ее внутренние, специфические закономерности (через цели, мотивы и т. д.). Это частное проявление разработанного Р. всеобщего принципа детерминизма: внешние причины действуют только через внутренние условия того, на кого или на что эти внешние воздействия оказываются («Бытие и сознание», 1957). С этих позиций Р. и его учениками создана теория мышления как деятельности и как процесса (см. Психическое как процесс). При объяснении любых психических явлений личность выступает как целостная система внутренних условий, через которые преломляются все внешние воздействия (педагогические и т. д.). В личности есть компоненты разной меры общности и устойчивости: например, существуют общие для всех людей свойства зрения, обусловленные распространением солнечных лучей на Земле, и, напротив, есть психические свойства людей, которые могут изменяться в зависимости от этапов социально-экономического развития общества (мотивация и др.). С учетом этого Р. разработал оригинальное понимание предмета общей, социальной и исторической психологии, раскрывающее взаимосвязь общечеловеческого и классового в психике людей.

РУКОВОДИТЕЛЬ — лицо, на которое официально возложены функции управления коллективом и организации его деятельности. Р. несет юридическую ответственность за функционирование группы (коллектива) перед назначившей (избравшей, утвердив-

шей) его инстанцией и располагает строго определенными возможностями санкционирования — наказания и поощрения подчиненных в целях воздействия на их производственную (научную, творческую и др.) активность. В отличие от лидера Р. обладает формально регламентированными правами и обязанностями, а также представляет группу {коллектив) в других организациях.

САЛЛИВЕН Гарри Стэк (1892-1949) — американский психиатр и психолог, представитель неопрейдизма. Подобно другим последователям этого направления произвел социологическую модификацию классического психоанализа, выдвинув «межличностную теорию психотерапии», согласно которой главной детерминантой психического развития выступают межличностные отношения (как реальные, так и воображаемые), в которых личность формируется и проявляется. Отвергая фрейдовское представление о либидо как доминирующем энергетическом источнике поведения человека, С. рассматривал в качестве первого и важнейшего компонента личности систему динамизмов — особых «образцов энергии», проявляющихся в межличностных отношениях и обеспечивающих удовлетворение потребностей. Несоответствия потребностей способам их удовлетворения, а также «беспокойство» личности по поводу своей безопасности, передающееся ребенку от матери и развивающееся в неблагоприятных межличностных ситуациях, вызывают, по мнению С, многочисленные личностные «напряжения», конфликты. Основным механизмом защиты от них выступает «система самости» — особая инстанция личности, предписывающая и запрещающая определенные образцы поведения, в зависимости от конкретных межличностных ситуаций. Второй компонент личности составляет система персонификаций — образов себя и окружающих, которые, раз возникнув, продолжают стереотипно определять отношение к себе и другим. Третий компонент личности — когнитивные процессы: прототаксис — бессвязное течение идей, свойственное ребенку; паратаксис — фиксация причинных связей лишь между связанными во времени событиями; синтаксис — оперирование символами, значение которых разделяется определенной социальной группой. На этой основе С. выделил ряд стадий онтогенетического развития личности, (см. Онтогенез) связанных с изменением сложившихся межличностных отношений. Основная цель психотерапии С.— выработка защитных механизмов личности (см. Защита психологическая) обеспечивающих ее адекватное приспособление к окружающим — достигалось посредством выдвинутого им метода «психиатрического интервью», предполагающего активное воздействие психиатра на межличностную ситуацию, возникающую при контакте с пациентом.

САМО АКТУАЛИЗАЦИЯ (от лат. actualis — действительный, настоящий) — стремление человека к возможно более полному выявлению и развитию своих личностных возможностей. В некоторых направлениях современной западной психологии С. выдвигается (в противовес бихевиоризму и фрейдизму, считающим, что поведением личности движут биологические силы, а его смысл заключается в разрядке создаваемого ими напряжения и приспособлении к среде) на роль главного мотивационного фактора (см. Мотивация). Подлинная С. предполагает наличие благоприятных социально-исторических условий.

САМОВНУШЕНИЕ (АУТОСУГГЕСТИЯ) — процесс внушения, адресованный самому себе, при котором субъект и объект внушающего воздействия совпадают. С. ведет к повышению уровня саморегуляции, что позволяет субъекту вызывать у себя те или иные ощущения, восприятия, управлять процессами внимания, памяти, эмоциональными и соматическими реакциями. Произвольное С. достигается посредством вербальных (словесных) самоинструкций или мысленного воспроизведения определенных ситуаций, однозначно связанных с требуемым изменением психического или

физического состояния (см. Аутогенная тренировка). Эффективному произвольному С. способствуют психическая релаксация, богатое воображение. Непроизвольное С. характеризуется некритическим отношением субъекта к собственным идеям, концепциям, оценкам, отсутствием сомнений в их

правильности и достоверности, снижением контролирующих функций сознания. Следствием этого иногда оказывается ригидность психической деятельности. С. может проявляться в нарушениях функционирования различных систем организма в результате субъективного ожидания определенного расстройства и уверенности, что оно обязательно наступит или уже наступило (см. Ятрогения). Противоположное явление наблюдается в случае плацебо-эффекта. С. может применяться в качестве метода самоуправления в психотерапии, спорте, педагогике.

САМОВОСПИТАНИЕ — сознательная деятельность, направленная на возможно более полную реализацию человеком себя как личности. Основываясь на активизации механизмов саморегуляции, С. предполагает наличие ясно осознанных целей, идеалов, личностных смыслов. С. — относительно позднее приобретение онтогенеза, связанное с определенным уровнем самосознания, критического мышления, способности и готовности к самоопределению, самовыражению, самораскрытию, самосовершенствованию. С. базируется на адекватной самооценке, соответствующей реальным способностям человека, критическом анализе им своих индивидуальных особенностей и потенциальных возможностей. По мере повышения степени осознанности С. становится все более значительной силой саморазвития личности. С. находится в неразрывной взаимосвязи с воспитанием, не только подкрепляя, но и развивая процесс формирования личности. Необходимыми компонентами С. являются самоанализ личностного развития, самоотчет и самоконтроль. В приемы С. входят самоприказ, самоодобрение, самовнушение.

САМОВОСПРИЯТИЕ — процесс ориентировки человека в собственном внутреннем мире в результате самопознания и сравнения себя с другими людьми (см. Восприятие межличностное).

САМО ДЕТЕРМИНАЦИИ ПРИНЦИП — теоретико-методологический принцип психофизиологии, в соответствии с которым причиной поведения являются не воздействия внешней среды сами по себе, а живой организм, в поведении которого эти воздействия представлены в снятом виде. Не означая отказа от причинности как таковой, С. п. позволяет выделить специфические особенности детерминизма в деятельности живого организма. С. п. связан с утверждением принципов активности и системности, согласно которым организм не стремится нивелировать воздействия внешней среды, а целенаправленно и активно в ней действует. С. п. определяет цель деятельности как процесс свободного выбора, в ходе которого из системы с неограниченным числом степеней свободы возникает «полносвязная система с единственной степенью свободы» (А. А. Ухтомский).

САМОКОНТРОЛЬ — осознание и оценка субъектом собственных действий, психических процессов и состояний. Появление и развитие С. определяется требованиями общества к поведению человека. Формирование произвольной саморегуляции предполагает возможность человека осознавать и контролировать ситуацию, процесс. С. предполагает наличие эталона и возможности получения сведений о контролируемых действиях и состояниях. Волевая регуляция (см. Воля) основана на С. человека, как компонента саморегуляции, в то же время С. может быть объектом волевой регуляции, например в стрессовых ситуациях (см. Стресс).

САМОНАБЛЮДЕНИЕ — наблюдение человека за внутренним планом собственной психической жизни, позволяющее фиксировать ее проявления (переживания, мысли, чувства и др.). Возникает в процессе общения с

другими людьми, усвоения социального опыта и средств его осмысления. Играет важную роль в формировании аппарата самосознания и самоконтроля личности. В современной психологии данные С. не принимаются на веру, а учитываются в качестве фактов, требующих научного истолкования. Результаты С. могут фиксироваться в различных документах — письмах, автобиографиях, анкетах и др. С. не следует смешивать с интроспекцией как субъективным методом (см. интроспективная психология). Результатом С. является в ряде случаев самоотчет — описание человеком самого себя в относительной целостности психических и личностных проявлений. Самоотчету

бывают свойственны систематические ошибки, важнейшая из которых состоит в том, что значительная часть испытуемых склонна, давая его, представлять себя в возможно более выгодном свете.

САМООБЛАДАНИЕ — способность человека осуществлять деятельность в дезорганизующих ее ситуациях, влияющих на эмоциональную сферу (см. Эмоции). В С. проявляется сознательно-волевая организация психических процессов, регулирующих эту деятельность. С. — показатель эмоциональной и социальной зрелости личности.

САМООПРЕДЕЛЕНИЕ ЛИЧНОСТИ — сознательный акт выявления и утверждения собственной позиции в проблемных ситуациях. Особыми формами С. л. являются самоопределение личности в группе и профессиональное самоопределение.

САМООПРЕДЕЛЕНИЕ ЛИЧНОСТИ В ГРУППЕ — избирательное отношение индивида к воздействиям конкретной группы, выражающееся в принятии им одних и отвержении других групповых воздействий в зависимости от опосредствующих факторов — оценок, убеждений, идеалов, групповых норм, ценностей и т. п. С. л. г. является альтернативой как конформизму, так и нонконформному поведению (см. Негативизм). С. л. г. отражает характерную для личности в развитом коллективе позицию, основанную на осознании индивидом необходимости действовать в соответствии со своих и ценностными ориентациями и отношениями, сложившимися в группе в процессе совместной деятельности. Экспериментальное исследование С. л. г. предполагает: 1) выявление лиц, выражающих согласие с мнением группы; 2) оказание на них псевдореального, специально организованного экспериментатором группового давления, идущего вразрез с действительным мнением группы, то есть не соответствующего принятым в ней нормам и ценностям. В этих условиях удается выделить индивидов, которым свойственно С. л. г., и конформных индивидов (см. Конформность). В подлинном коллективе в отличие от диффузной группы С. л. г. является преобладающим способом реагирования личности на групповое давление и потому выступает как формообразующий признак.

САМООРГАНИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИЯ — научное направление, возникшее в 50-60-е гг. XX в. на основе статистической физики (И. Пригожий, Г. Хакян), общей теории систем, кибернетики (Г. фон Ферстер, Х. Матурана) и изучающее закономерности возникновения структуры в неравновесных системах неупорядоченных элементов. Общие принципы С. обнаруживаются в физических, химических, биологических и социальных системах, причем в высокоорганизованных системах они воплощаются с наибольшей полнотой. В психологии С. к. может быть распространена на широкий спектр объектов — от психофизиологии до социальной психологии. В первые десятилетия XX в. в психологии и психофизиологии возникли направления, в определенной степени предвосхитившие появление С. к. и имеющие с ней ряд общих теоретико-методологических принципов (гештальт-теория, теория доминанты А. А. Ухтомского, концепция построения движений Н. А. Бернштейна). Существенной особенностью самоорганизующихся систем является их способность к самодостраиванию, самовосстановлению, представляющая

особый интерес для изучения механизмов психотерапии.

САМООТЧЕТ — отчет человека перед самим собой в выполненных действиях, поступках, деяниях, осознание им посредством анализа собственных чувств, переживаний, влечений, их смысла и значения для себя и своего окружения как в данный момент, так и в другие моменты времени: прошлом и будущем (см. Самоконтроль, Самоопределение личности). С. обычно включает нравственную оценку собственных действий (см. Самооценка) и опирается на самонаблюдение.

САМООЦЕНКА — оценка личностью самой себя, своих возможностей, качеств и места среди других людей. Относясь к ядру личности, С. является важным регулятором ее поведения. От С. зависят взаимоотношения человека с окружающими, его критичность, требовательность к себе, отношение к успехам и неудачам. Тем самым С. влияет на эффективность деятельности человека и дальнейшее развитие его личности. С. тесно связана с уровнем притязаний человека, т. е. степенью трудности

лльсй, которые он ставит перед собой. Расхождение между притязаниями и реальными возможностями человека ведет к тому, что он начинает неправильно себя оценивать, вследствие чего его поведение становится неадекватным (возникают эмоциональные срывы, повышенная тревожность и др.). С. получает объективное выражение в том, как человек оценивает возможности и результаты деятельности других (например, принижает их при завышенной С.). В работах отечественных психологов показано влияние С. на познавательную деятельность человека (восприятие, представление, решение интеллектуальных задач) и место С. в системе межличностных отношений, определены приемы формирования адекватной С., а в случае ее деформации — ее преобразований путем воспитательных воздействий на личность.

САМОРЕГУЛЯЦИЯ (от лат. *regulare* — приводить в порядок, налаживать) — целесообразное функционирование живых систем разных уровней организации и сложности. Психическая С. является одним из уровней регуляции активности этих систем, выражающим специфику реализующих ее психических средств отражения и моделирования действительности, в том числе рефлексии субъекта. Психическая С. осуществляется в единстве ее энергетических, динамических и содержательно-смысловых аспектов. При всем разнообразии видов проявлений С. имеет следующую структуру: принятая субъектом цель его произвольной активности, модель значимых условий деятельности, программа собственно исполнительских действий, система критериев успешности деятельности, информация о реально достигнутых результатах, оценка соответствия реальных результатов критериям успеха, решения о необходимости и характере коррекций деятельности. С. представляет собой замкнутый контур регулирования и является информационным процессом, носителями которого выступают различные психические формы отражения действительности. В зависимости от вида деятельности и условий ее осуществления С. может реализоваться разными психическими средствами (чувственные конкретные образы, представления, понятия и др.). Принятая субъектом цель не определяет однозначно условий, необходимых при построении программы исполнительских действий; при сходных моделях значимых условий деятельности возможны различные способы достижения одного и того же результата и т. д. Общие закономерности С. реализуются в индивидуальной форме, зависящей от конкретных условий, а также от характеристик нервной деятельности, от личностных качеств субъекта и его привычек в организации своих действий, что формируется в процессе воспитания.

САМОСОЗНАНИЕ — см Я-концепция

САМОСТЬ — в аналитической психологии К. Юнга, архетип, являющий собой центр суммативной целостности сознательного и бессознательного психического бытия. Символизируется окружностью и др. фигурами и

образами. Понятие С. введено в оборот К. Юнгом, но ни в работах К. Юнга, ни в трудах его последователей не получило однозначного определения. Порой интерпретируется как исходное состояние интегрированного организма, образ сверхординарного объединяющего принципа, архетипическое стремление к координации напряжения противоположностей, архетипический образ человеческого потенциала и единства личности как целого, как суммативность личности и т. д.

САМОТРАНСЦЕНДЕНЦИИ ЛИЧНОСТИ ТЕОРИЯ (от лат. *transcendentis* — выходящий за пределы) — психологическая теория личности, основанная на идее выхода индивида за пределы себя в актах самополагания. Разрабатывается В. А. Петровским (с 1971 г.), С. л. т. объединяет в себе концепции: «активной неадаптивности» (см. Адаптивность— Неадаптивность) «отраженной субъектности», «свободной причинности», включает в себя психологическую интерпретацию интердисциплинарных категорий: «активность», «Я», «личность», «развитие личности», «трансфинитность», «свободная причина» и др., а также новые понятия; «субъектность», «неадаптивность», «активность надситуативная», «поисковое моделирование», «персонализация и др. Феноменология самополагания индивида очерчивается на основе предложенных «виртуальной» и «отраженной субъектности» методов, представленных многочисленными экспериментальными методиками (В. А. Петровский. «Личность в психологии: парадигма субъектности». 1985).

САМОЧУВСТВИЕ — субъективное ощущение физиологической и психологической комфортности внутреннего состояния. Может быть представлено как в виде некоторой обобщенной оценочной характеристики (С. хорошее, плохое, бодрость, недомогание и др.), так и локализованных по отношению к определенным органам, функциям и системам переживаний: признаки дискомфорта в различных частях тела, трудность выполнения определенных моторных и когнитивных актов (см. Когнитивная психология) и т. д. Для разных видов состояний индивида (см. Утомление, Напряженность психическая, Стресс) характерна специфическая симптоматика изменений С. Этим обусловлено традиционное использование разнообразных симптомов С. в качестве основной группы признаков в многофакторных субъективных методиках оценки психического состояния и работоспособности. Субъективные оценки С, получаемые в результате стандартизованного опроса или свободного самонаблюдения, являются необходимым элементом проведения различных форм медицинской и психологической экспертизы, оценки условий труда, оптимальности организации разных форм деятельности (учебной, профессиональной, спортивной и др.). Субъективные оценки С. анализируются в совокупности с данными объективных измерений, получаемых с помощью средств психофизиологического и психологического тестирования, а при необходимости — и медицинских наблюдений.

САНГВИНИК (от лат. *san-quis* — кровь) — субъект, обладающий одним из четырех основных типов темперамента, характеризующийся высокой психической активностью, энергичностью, работоспособностью, быстротой и живостью движений, разнообразием и богатством мимики, быстрым темпом речи. С. стремится к частой смене впечатлений, легко и быстро отзывается на окружающие события, общителен. Эмоции — преимущественно положительные — быстро возникают и быстро сменяются. Сравнительно легко и быстро он переживает неудачи. И. П. Павлов считал, что у С. возбудительный и тормозной процессы достаточно сильны, уравновешенны, подвижны. При неблагоприятных условиях и отрицательных воспитательных влияниях подвижность может вылиться в отсутствие сосредоточенности, неоправданную поспешность поступков, поверхностность.

СВЕРХЦЕННЫЕ ИДЕИ — суждения, идеи, представления, занимающие в сознании субъекта не соответствующее их значению преобладающее

положение. Сопровождаются выраженными эмоциональными переживаниями. В отличие от бреда, как неадекватного суждения о действительности, С. и. возникают как патологическое преобразование (нередко запоздалое) естественной реакции на реальные события. При возникновении С. и. не наблюдается глубоких нарушений сознания и изменений личности. С. и., хотя и с трудом, поддаются коррекции под влиянием веских доводов и изменения жизненных обстоятельств. Обычно С. и. не становятся стойкими убеждениями и по истечении некоторого времени утрачивают интенсивность либо исчезают. Однако при наличии определенного склада личности и мышления (например, бескомпромиссность, авторитарность, прямолинейность суждений) они могут относительно долгое время занимать сознание субъекта. С. и. наблюдаются и при органических поражениях головного мозга, эпилепсии, некоторых формах психопатий и шизофрении.

СВЕРХ-Я (СУПЕР-ЭГО) — один из компонентов структуры личности в теории З. Фрейда. Складываясь в раннем детстве под влиянием воспитания, С.-Я представляет собой систему моральных чувств и требований к поведению, поступкам и решениям Эго («Я») субъекта. Механизмом формирования С.-Я выступает идентификация со С.-Я родителей и других воспитателей. Отсюда С.-Я является носителем традиций и ценностей, передающихся из поколения в поколение, и трудно поддается изменениям. С.-Я присущи несколько взаимосвязанных функций. К ним относятся: функция совести, функция самонаблюдения как необходимая предпосылка контролирующей деятельности совести, функция формирования Я-идеала. Если Эго поддается чрезмерному желанию наслаждения под давлением Оно (Ид) и делает что-либо вопреки велению совести, то неизбежно наказание Эго в форме чувства стыда и раскаяния. Одной из функций С.-Я выступает формирование Я-идеала, с которым Эго (Я) соизмеряет себя, к которому стремится и чье требование постоянного самосовершенствования старается выполнить. С.-Я находится в постоянном антагонизме с Оно (Ид), запрещая Эго выполнять его стремления и желания.

СВОЙСТВА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ — устойчивые особенности нервной системы, влияющие — при прочих равных условиях — на индивидуальные психологические особенности человека. Не предопределяя его социальную ценность, не обуславливая непосредственно содержательную сторону психики, С. н. с. являются физиологической основой формально-динамической стороны поведения, образуя почву, на которой легче формируются одни формы поведения, труднее — другие. Наиболее общее психологическое проявление С. н. с. — особенности темперамента человека, однако существуют корреляции и с индивидуальными особенностями познавательных процессов, формирования навыков и др. С. н. с. были открыты Ж. П. Павловым и легли в основу типологии высшей нервной деятельности, разработанной в экспериментах с животными. Согласно его концепции, выделяются три основных С. н. с.: сила, подвижность, уравновешенность. Применительно к человеку концепция С. н. с. наиболее последовательно разработана в школе В. М. Теплова. Открыты новые С. н. с. — лабильность и динамичность. Обнаружено явление парциальности С. н. с., послужившее основой для выделения частных и общих С. н. с. Первые характеризуют функционирование отдельных анализаторов и зон мозга, вторые понимаются двояко: как параметры функционирования передних, регуляторных зон мозга и как общемозговые нейрофизиологические особенности, в частности, определяемые корково-подкорковыми соотношениями.

В настоящее время С. н. с. можно представить в виде иерархии уровней: 1) элементарные (свойства отдельных нейронов); 2) комплексные (свойства различных структур мозга); 3) общемозговые (системные) свойства (т. е. свойства целого мозга). Вопрос о связи свойств каждого уровня с

особенностями психики, целостного поведения пока изучен мало.

СГУЩЕНИЕ — в психоанализе З. Фрейда, процесс, механизм и способ функционирования психики, обеспечивающие сжатие и сокращение различных информационных и энергетических потоков и цепей, их суммацию и воспроизведение в такой концентрированной или элементарной форме, когда за каждым явным проявлением их таятся скрытые значения. По З. Фрейду, С. проявляется и выражается в различных образованиях бессознательного: в симптомах, в повествовании (поскольку явный рассказ о чем-либо являет собой лишь краткое воспроизведение более обширного содержания), в островах и шутках, создании неологизмов и забывании слов, ошибочных действиях, фантомных образах, сновидениях и т.д. Согласно психоаналитическому пониманию, особенно определенно и ярко действие и результат С. проявляются в сновидениях. Именно поэтому наиболее основательно С. исследовалось З. Фрейдом на материале сновидений, где оно рассматривалось как первый результат работы сновидения, заключающейся в том, что явное сновидение по содержанию своему короче, чем скрытое, т.е. представляет из себя своего рода его сокращенный перевод. С. интерпретировалось З. Фрейдом как процесс образования новых единиц сновидения и их сжатия, при наличии точек соприкосновения. В процессе С, по З. Фрейду: 1) определенные скрытые элементы опускаются вообще, 2) в явное содержание сновидения переходит только часть некоторых комплексов и компонентов скрытого сновидения и 3) скрытые элементы, имеющие что-то общее, в явном сновидении соединяются, сливаются в одно целое (см. Смещение).

СЕКСИЗМ — социальные стереотипы, убеждения и верования, утверждающие превосходство одного пола над другим и тем самым обосновывающие социальное неравенство мужчин и женщин. По своим идеологическим функциям в отношениях

между полами С. аналогичен расизму в отношениях между расами и этносами. Наиболее распространенная форма С. — мужской «шовинизм», но существует и женский С. Истоки С. коренятся в абсолютизации и биологизации половых различий, многие из которых на самом деле производны от конкретных социальных условий и культурных норм, многогранны и многоуровневы, а некоторые вообще являются воображаемыми, иллюзорными. Принцип социального равенства полов не означает одинаковости, тождественности, их качеств, но их изучение и интерпретация должны быть методологически корректными.

СЕКСОЛОГИЯ (от лат. *sexus* — пол и греч. *logos* — наука) — междисциплинарная отрасль знания, в широком смысле слова изучающая закономерности половой дифференциации, а в более узком — сексуальное поведение и мотивацию. Термин ввел В. В. Розанов в 1909 г. Первый блок проблем современной С. — биолого-медицинские исследования полового диморфизма, соматических, нейрогормональных, биолого-эволюционных и иных природных детерминант и элементов репродуктивной системы, сексуального возбуждения и поведения. Второе направление исследований — социальные и историко-культурные проблемы нормативных аспектов пола и сексуальности, стереотипов маскулинности и фемининности, институциональных рамок сексуального поведения, социальных представлений о «правильном» и «неправильном» поведении и того, как эти представления влияют на реальное поведение людей в разных обществах, средах и социальных группах. Третья составляющая проблемного поля С. — психологические исследования сексуальной мотивации и поведения, начиная с его психофизиологических механизмов и кончая социально-психологическими процессами сексуальной аттракции, влюбленности, партнерских взаимоотношений и т. д. Каждая из специальных дисциплин, составляющих С, имеет свою собственную методологию, технику и понятийный аппарат, однако

они остро нуждаются в теоретическом синтезе. С. не отрицает значения биологических факторов сексуальности, но вместе с тем считает последнюю продуктом социокультурного развития индивида и общества, старается избегать жесткого нормативизма, признает наличие множества индивидуальных и групповых различий эротического воображения («сексуальный сценарий») и поведения людей. С. тесно связана со всеми основными направлениями психологии, имеет важное практическое, прикладное, прежде всего медицинское (сексопатология, гинекология, гигиена пола), и социально-педагогическое (половое воспитание и просвещение) значение.

СЕКСУАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ — направленность сексуально-эротических чувств и влечений на представителей определенного пола. Гетеросексуальная ориентация (гетеросексуальность) означает влечение к лицам другого пола, гомосексуальная (гомосексуальность) — своего собственного пола, бисексуальная (бисексуальность) — к представителям обоих полов. Как установил А. Кинси (Kinsey), сексуальные предпочтения и поведение разных людей можно представить в виде континуума, на одном полюсе которого стоит исключительная гетеросексуальность, на другом — исключительная гомосексуальность, а в центре — та или иная степень бисексуальности. Однако возможность количественного измерения С. а не снимает трудностей ее качественного анализа. С. о. не является делом свободного выбора, но вопрос о ее детерминантах остается спорным. Биологически-ориентированные теории (Джон Мани (Money)) подчеркивают в первую очередь значение генетических и/или нейрогормональных факторов пренатального развития, воздействие которых подкрепляется или модифицируется социальным и сексуальным опытом раннего детства и препубертатного периода (см. Возраст). Социологические и психологические теории {Джон Гэньон (Gagnon)} придают большее значение социальному научению, половой типизации и формированию детских сексуальных сценариев. Однако эти подходы часто не столько альтернативны, сколько взаимодополнительны. В любом случае, формирование С. о. тесно связано с формированием и развитием половой идентичности/роли.

СЕКСУАЛЬНАЯ СОВМЕСТИМОСТЬ — соответствие сексуального поведения партнеров, являющееся результатом интеграции социального, психологического, социально-психологического и биологического обеспечения взаимодействия в сфере интимных отношений. Социальное обеспечение С. с. определяется степенью социализации сексуальности, уровнем общей и сексуальной культуры партнеров, усвоением сексуальных и общественных норм, что проявляется в выработке сексуальных установок, потребностей, в кинетике и позах полового акта, в отношении к оценке своей сексуальности. Психологическое обеспечение С. с. определяется наличием у партнеров соответствия во влиянии на развитие и проявления их сексуальности психических факторов (осознаваемых и неосознаваемых актов) и личностных особенностей. Социально-психологическое обеспечение С. с. обусловлено парным характером сексуальной функции, формированием социальной малой группы, (семьи), а также социальных ролей, стереотипов мужественности и женственности. Биологическое обеспечение С. с. детерминировано анатомо-физиологической сохранностью морфо-функциональных структур и систем, осуществляющих регуляцию сексуальной функции, а также наличием соответствия физиологических сексуальных реакций, обусловленных темпераментом, типом половой конституции и высшей нервной деятельностью.

СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ — формы взаимодействия индивидов, особей, мотивированные половой потребностью (см. Половая жизнь); явление, важная сфера общественной, семейной и личной жизни. Биологическая составляющая С. п. включает параметры половой конституции, телосложения,

темперамента, гормонального баланса, деятельности центральной нервной системы, генетические детерминанты. С. п. человека выполняет три функции: репродуктивную, гедоническую (направленную на получение наслаждения) и коммуникативную. В зависимости от превалирования той или иной функции выделяют разные виды отношения к сексуальности, причем, чем выше уровень развития личности, тем разнообразнее индивидуальные проявления С. п. Интимная близость может быть:

- 1) средством релаксации, разрядки полового напряжения;
- 2) прокреации, деторождения;
- 3) рекреации, чувственного наслаждения как самоцели;
- 4) познания;
- 5) коммуникации;
- 6) самоутверждения;
- 7) достижения внесексуальных целей;
- 8) поддержания определенного ритуала;

9) компенсации (И. С. Кон). Социализация С. п. проявляется в усвоении сексуальных и общественных норм, в сексуальной культуре, обусловленной половым воспитанием, в сексуальном опыте, выработке соответствующих установок, стремлении к эротической привлекательности. Социальные детерминанты С. п. объединены в теории «сексуального сценария» — разновидности поведенческой программы, которая предопределяет возможный и предпочитаемый тип сексуального партнера, эротические ситуации и стимулы, требования к месту, времени и ситуации полового сближения. Автономизация С. п. от репродуктивной (функции увеличивает многообразие его форм и усложняет структуру, оно становится более избирательным как в отношении объектов, так и в отношении условий и способов осуществления).

СЕЛЬЕ Ганс (1907-1982) — канадский биолог и врач. Разработал учение о стрессе, основанное на понятии общего (генерального) адаптационного синдрома — совокупности нейрогуморальных реакций, обеспечивающих мобилизацию психофизиологических ресурсов организма для адаптации в трудных условиях. При экспериментальных и клинических исследованиях поведения человека в экстремальных ситуациях учение С. дало основание для выработки и развития понятия «психологический стресс».

СЕНЗИТИВНОСТЬ (от лат. *sensus* — чувство, ощущение) — характерологическая особенность человека, проявляющаяся по повышенной чувствительности к происходящим с ним событиям, обычно сопровождается повышенной тревожностью, боязнью новых ситуаций, людей, всякого рода испытаний и т. п. Сензитивным людям свойственны робость, застенчивость, впечатлительность, склонность к продолжительному переживанию прошедших или предстоящих событий, чувство собственной недостаточности (ем. Комплекс неполноценности), тенденция к развитию повышенной моральной требовательности к себе и заниженного уровня притязаний (см. Акцентуация характера). С. с возрастом С. может сглаживаться, в частности вследствие формирования в процессе воспитания и самовоспитания умения справляться с вызывающими тревогу ситуациями. С. может быть обусловлена как органическими причинами (наследственностью, поражениями мозга и т. п.), так и особенностями воспитания (например, эмоциональным отвержением ребенка в семье). Предельно выраженная С. представляет собой одну из форм конституциональных отношений (см. Акцентуация характера, Психопатии).

СЕНЗИТИВНОСТЬ ВОЗРАСТНАЯ — присущее определенному возрастному периоду оптимальное сочетание условия для развития определенных психических свойств и процессов. Преждевременное или запаздывающее по отношению к периоду С. в. обучение может оказаться недостаточно эффективным, что неблагоприятно сказывается на развитии психики.

СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ (от лат. *sensibilis* — чувствительный) — повышение чувствительности нервных центров под влиянием действия раздражителя. При применении сенсорных раздражителей С. обычно маскируется одновременно развивающимся процессом сенсорной адаптации. Соотношение процессов С. и адаптации может быть оценено параллельным измерением чувствительности к электрическому раздражителю и сенсорному. Так, при освещении глаза вместе со снижением световой чувствительности (адаптацией) наблюдается повышение электрической чувствительности (С). В темноте развивается обратное отношение. Электрическое раздражение адресуется к нервным элементам анализатора, лежащим выше рецепторных образований, и является прямым способом измерения С.

СЕНСОМОТОРНЫЙ ПСИХОСИНТЕЗ — управление состояниями сознания субъекта в процессе особого суггестивного диалога. Заключается в поэтапном формировании у субъекта целостного образа моделируемой действительности посредством специальной последовательности тестовых заданий, предполагающих концентрацию внимания на тех ощущениях, переживаниях, представлениях, которые возникают при их решении. Техника С. п. включает приемы интрамодального, интермодального и сенсомоторного синтеза компонентов конструируемого образа. В ходе интрамодального синтеза вызываются ощущения какой-либо одной модальности, которые затем объединяются, интегрируются в целостный образ. На следующем этапе используются приемы интермодального синтеза, опирающегося на механизмы сенсibilизации и синестезии, что дополняет формируемый образ ощущениями других модальностей. Динамика состояния сознания в процессе С. п. сопровождается такими изменениями функционирования механизмов рефлексии, при которых партнер по взаимодействию (психолог) воспринимается субъектом только как собеседник во внутреннем диалоге, как часть собственного «Я», а речевые инструкции — как собственные мысли, ощущения, переживания. Диалогичность С. п. отличает его от гипноза, самогипноза и медитации, монологичных в своей основе. В противоположность гипнозу, эксплуатирующему гипнабельность индивида (способность погружаться в состояние измененного сознания), техника С. п. не зависит от этой характеристики субъекта психосинтеза и позволяет добиваться даже у малогипнабельных индивидов таких же эффектов, как и при глубоком гипнозе. Важной особенностью метода С. п. является жесткая связь его специальных приемов с функционированием механизмов регуляции психической активности. Метод С. п. может использоваться как в практической, так и в экспериментальной психологии, в психокоррекционной работе и в психотерапии, применим для формирования гипнабельности у негипнабельных людей.

СЕНСОРНАЯ ДЕПРИВАЦИЯ (от лат. *sensus* — чувство, ощущение и *deprivatio* — лишение) — продолжительное, более или менее полное лишение человека сенсорных впечатлений, осуществляемое с экспериментальными целями (см. Экстремальная психология). Воздействие С. д. на человека изучается путем его погружения в воду в специальном оборудовании (сурдокамере, боксе и др.). В условиях С. д. у человека актуализируется потребность в ощущениях и аффективных (см. Аффект) переживаниях, что осознается в форме сенсорного и эмоционального голода. В ответ на недостаточность афферентации активизируются процессы воображения, которые определенным образом воздействуют на образную память. Возникают яркие эйдетические представления, спроецированные вовне, которые оцениваются как защитные (компенсаторные) реакции. По мере увеличения времени пребывания в условиях С. д. на этапе неустойчивой психической деятельности у людей появляется эмоциональная лабильность со сдвигом в сторону пониженного настроения (заторможенность, депрессия, апатия), которые на короткое время сменяются эйфорией, раздражительностью. Наблюдаются нарушения

памяти, находящиеся в прямой зависимости от цикличности эмоциональных состояний (см. Эмоции). Нарушается ритм сна и бодрствования, развиваются гипнотические состояния с появлением гипнологических представлений, которые в отличие от просоночных состояний, имеющих место в обычных условиях, затягиваются на относительно продолжительное время, проецируются вовне и сопровождаются иллюзией произвольности. Чем жестче условия С. д., тем быстрее нарушаются процессы мышления, что проявляется в невозможности на чем-либо сосредоточиться, последовательно обдумать проблемы. При увеличении времени воздействия С. д. эйдетические представления могут выходить из-под контроля актуального «Я» и проявляться в форме галлюцинаций. В генезе данного процесса четко прослеживаются астенизация (см. Астения) нервной системы и развитие гипнотических фаз в коре полушарий головного мозга.

СЕНСОРНАЯ СИСТЕМА (анализатор, орган чувств) — система в организме человека, отвечающая за возникновение ощущения при действии соответствующего раздражителя. Обеспечивает использование характеристик внешней среды для организации поведения. Она включает в себя приемник (преобразующий энергию внешнего раздражения в нервную энергию), проводящие пути (по которым следует эта нервная энергия) и центральный (мозговой) конец ее (где происходит преобразование нервной энергии в ощущение).

СЕНСУАЛИЗМ (в психологии) (от лат. *sensus* — чувство, ощущение) — учение о том, что основу психической жизни составляют чувственные образы. В античности сторонниками этого учения были представители ряда философских школ (киренаики, эпикурейцы, в более умеренной форме — стоики). Утверждая, что внечувственное познание невозможно, стоики предложили рассматривать ум как «чистую доску», на которой опыт запечатлевает свои письма. Им же принадлежит афоризм: нет ничего в разуме, чего бы не было первоначально в чувствах. В дальнейшем эти положения пропагандировались сторонниками С. эпохи Возрождения и Нового времени (Дж. Локк, Э. Кондильяк) в борьбе с приверженцами рационализма, доказывавшими, что В познании имеется содержание, принципиально невыводимое из ощущений. В философском плане С. не представляет однородного направления. В нем издавна сталкиваются идеалистические и материалистические воззрения на ощущение. Первые отрицают его причинную зависимость от внешнего объекта, вторые трактуют чувственные впечатления как эффект воздействия внешних раздражителей на органы чувств. Под влиянием С. развивалась ассоциативная психология (см. Ассоцианизм). Идеи С. оказали сильное влияние на первые экспериментальные работы в области психологии, поскольку предполагалось, что задача эксперимента состоит в выявлении первичных чувственных элементов (ощущений), с помощью которых возводится вся сложная архитектура душевной жизни. Дальнейшее развитие экспериментальной психологии показало, что действительная структура человеческого сознания значительно сложнее, что мыслительные акты не могут рассматриваться как ассоциации ощущений, что в интеллекте имеется содержание, несводимое к чувственным образам, а мотивацию поведения и роль действия в построении этих образов С. вообще бессилён объяснить.

СЕЧЕНОВ Иван Михайлович (1829-1905) — русский физиолог и психолог. Разработал естественнонаучную теорию психической регуляции поведения («Рефлексы головного мозга», 1863). Опираясь на свои открытия в области физиологии нервной системы (прежде всего на открытие «центрального торможения» — тормозного влияния нервных центров), выдвинул положение о том, что все акты сознательной и бессознательной психической жизни по своей структуре и динамике рефлекторны. При этом рефлекс трактовался им не как механический ответ нервного центра на внешний стимул, а как

согласование движения с выполняющим сигнальную роль чувствованием. В работах С. предвосхищалось понятие об обратной связи как необходимом регуляторе поведения, утверждался принцип саморегуляции и системы организации нервно-психической деятельности. С. обосновал новый подход к функциям органов чувств, согласно которому работа рецепторов составляет лишь сигнальную половину целостного механизма (анализатора); другую половину образует работа мышц. Сигналы мышечного чувства служат источником информации о пространственно-временных свойствах среды, являются основой элементарных форм мышления, из которых в процессе онтогенеза возникают высшие формы познавательной активности (включая математическое и философское знание) («Элементы мысли», 1878). Возникая во внешней деятельности, умственные операции благодаря механизму торможения преобразуются во внутриспсихические (см. Интериоризация). Этот тип объяснения С. распространил на становление личности (человеческого Я). Ребенок, вырастая, интериоризирует образы людей, которые регулировали своими командами его действия в первую пору жизни. В соответствии с этими образами он строит представление о самом себе, как особом внутреннем центре активности. Подвергнув критике интроспекционизм (см. Интроспективная психология), С. выдвинул программу построения новой психологии, опирающейся на объективный метод и принцип развития психики в реальных жизненных встречах организма со средой. Идеи С. стали основополагающими для многих направлений русской психологии.

СИГНАЛ (от лат. *signum* — знак) — процесс или явление (внешнее или внутреннее, сознаваемое или неосознаваемое), несущее сообщение о каком-либо событии и ориентирующее живую систему относительно этого события (см. Раздражители.). В соответствии с характером анализаторов и других воспринимающих систем выделяются С.: оптические, акустические, тактильные, термические, электромагнитные, химические, биоритмические и т. д. Понятие С. широко используется в психофизиологии и нейропсихологии {см. Сигнальные системы}, в психофизике, инженерной и общей психологии при исследовании перцептивных (см. Перцепция) процессов, в социальной психологии при исследовании процессов коммуникации.

СИГНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ (от лат. *signum* — знак и греч. *systema* — целое, соединение) — первая и вторая С. с. (1-я С. с, 2-я С. с.) — способы регуляции поведения живых существ в окружающем мире, свойства которого воспринимаются головным мозгом и в виде сигналов, либо непосредственно улавливаемых органами чувств как ощущения цвета, звука, запаха и др. (1-я С. с), либо представленных в знаковой системе языка (2-я С. с).

Термин введен И. П. Павловым для характеристики различий между сигнальной деятельностью головного мозга животных и человека и выявления специфически человеческих типов высшей нервной деятельности. При относительном преобладании 1-й С. с. складывается художественный тип личности, при преобладании 2-й С. с. — мыслительный, 2-я С. с. возникает в историческом развитии общества как «чрезвычайная прибавка», вносящая новый принцип в работу центральной нервной системы, поскольку позволяет в процессах труда и речевого общения отображать мир в обобщенной (понятийной) форме. 2-я С. с. взаимодействует с 1-й С. с. и образует совместно с ней качественно новое целое. Начатое И. П. Павловым благодаря ориентации на речь преобразование понятия о сигнале в понятие о знаке как наделенной значением единице интеллектуальной активности (см. Интеллект) человека (слово обобщает, абстрагирует и т. д.) было развито Л. А. Орбели, в концепции которого знаки выступили в виде носителей культурных смыслов, охватывая наряду с речевыми другие виды знаковых отношений (музыкальные звуки, рисунки, выразительные движения и пр.).

СИЛА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ — одно из основных свойств нервной системы, отражающее предел работоспособности клеток коры головного мозга, т. е. их

способность выдерживать, не переходя в тормозное состояние (торможение), либо очень сильное, либо длительно действующее (хотя и не сильное) возбуждение. Выделена и изучена в лабораториях И. П. Павлова, где служила одним из основных параметров для классификации типов высшей нервной деятельности. Согласно Б. М. Теплову и В. Д. Небылицыну. С. н. с. характеризуется также чувствительностью анализаторов: более слабая нервная система является и более чувствительной, т. е. она способна реагировать на стимулы, более низкой интенсивности, чем сильная. В этом заключается преимущество слабой нервной системы перед сильной. Ценность подобного подхода состоит в том, что он снимает существовавшее ранее оценочное отношение к свойствам нервной системы, т. е. приписывание одному полюсу свойства положительного, другому — отрицательного значения. На каждом полюсе признается, таким образом, наличие и положительных, и отрицательных (с биологической точки зрения) сторон. Исследованиями В. Д. Небылицына из синдрома С. н. с. был выделен синдром нового свойства нервной системы — динамичность.

СИМВОЛ (от греч. symbolon — условный знак) — образ, являющийся представителем других (как правило, весьма многообразных) образов, содержаний, отношений. С. родствен понятию «знак», однако их следует различать. Для знака (особенно в формальнологических системах) многозначность — явление негативное: чем однозначнее расшифровывается знак, тем конструктивнее он может быть использован. С., напротив, чем более многозначен, тем более содержателен. С. — одна из важнейших категорий искусства, философии и психологии (см. Архетип, Аналитическая психология. Психоанализ).

СИМПАТИЯ (от греч. sympatheia — влечение, внутреннее расположение) — устойчивое одобрительное эмоциональное отношение (см. Эмоции) человека к другим людям и явлениям, проявляющееся в приветливости, доброжелательности, восхищении, побуждающее к общению, оказанию внимания, помощи и т. п. Обычно возникает на основе общих взглядов, ценностей, интересов, нравственных идеалов. Может возникнуть и как следствие избирательной положительной реакции на привлекательную внешность, поведение, черты характера другого человека (см. Аттракция). В своей динамике С. может достигать напряженности, переходя в страстное увлечение либо прочную привязанность, а может закончиться охлаждением, разочарованием, перейти в антипатию и неприязнь. В межличностных отношениях С. является одним из факторов интеграции людей и сохранения психологического комфорта.

СИМУЛЬТАННЫЙ (в психологии) (от лат. simul — в одно и то же время) — термин, означающий практическую одновременность протекания каких-либо психических процессов ввиду их свернутости и автоматизированности. Например, симультанным является смысловое восприятие устной речи на родном и иностранном языке переводчиком синхронистом. Если человек недостаточно владеет иностранным языком, процесс смыслового восприятия и перевода иноязычной речи становится развернутым (сукцессивным). При некоторых психопатологиях (например, Лабазии, Акалькулии, Амузии и др.) в основе всех нарушений лежит распад симультанного анализа и синтеза (см. Синдромы нейропсихологические).

СИМУЛЯЦИЯ (от лат. simulatio — видимость, притворство) — поведение, направленное на имитацию болезни или ее отдельных симптомов с целью ввести в обман. Мотивами С. могут быть: достижение определенных льгот, уклонение от обязанностей, стремление обратить на себя внимание (например, при недостатке родительской заботы у детей), потребность в помощи, опеке и т. д. Личностный смысл, цели С. могут быть как осознанными, так и неосознанными. Последние случаи наблюдаются, например, у лиц с истерическими невротами, когда С. становится одним из

способов неадекватного разрешения невротического конфликта. Среди вариантов С. можно выделить умышленную С., совершаемую заинтересованным лицом с определенной целью, преувеличение (агравация) имеющихся отдельных симптомов заболевания или продление имевшихся ранее симптомов (метасимуляция). Противоположное С. поведение, связанное с установкой на сокрытие, затушевывание болезни или отдельных ее проявлений (диссимуляция), также может мотивироваться как осознанными целями (например, выписка из клиники, поступление на работу и т. д.), так и неосознаваемыми, в том числе связанными с компенсаторными формами личностного реагирования.

СИНДРОМ (от греч. syndrome — скопление, стечение) — определенное сочетание признаков (симптомов) какого-либо явления, объединенных единым механизмом возникновения и развития. Термин «С.» употребляется в патопсихологии, обозначая определенное сочетание признаков болезни. В последнее время появилось его расширенное толкование в связи с характеристикой проявлений свойств нервной системы, сочетаний определенных признаков, выявляющих акцентуированные черты характера (см. Акцентуация характера), и т. д.

СИНДРОМЫ НЕЙРОПСИ-ХОЛОГИЧЕСКИЕ — закономерные сочетания нарушений высших психических функций, возникающие в результате локальных поражений головного мозга (ранений, кровоизлияний, опухолей и т. п.). Изучение С. н. составляет основную задачу клинической нейропсихологии (см. Нейропсихология) и осуществляется с помощью специальных методов, разработанных А. Р. Лурия. С. н. возникают при поражении т. н. вторичных и третичных корковых полей. Поражение первичных полей ведет лишь к элементарным расстройствам сенсорных и двигательных функций. В каждом С. н. различают первичные нарушения, связанные с непосредственным поражением данной мозговой структуры, и вторичные нарушения, возникающие на основе первичных; последние проявляются в нарушениях тех функций, нормальное протекание которых возможно лишь при сохранности соответствующего звена функциональной системы, связанного с работой пораженного участка мозга. Так, при поражении височных отделов коры левого полушария нарушается речевой слух, т. е. звуковой анализ и синтез речи (первичный дефект), что, в свою очередь, приводит к нарушению целого комплекса функций: понимания устной речи (см. Речь устная), письма, чтения и др. (вторичные нарушения). Комплекс первичных и вторичных нарушений (симптомов) и составляет С. н. Различают С. н., связанные с поражением конвекситальных (наружных), медиальных (внутренних) и базальных (нижних) отделов коры левого и правого полушарий мозга. Преимущественно изучены С. н. поражения различных отделов конвекситальной коры левого полушария. Особый тип С. н. составляют синдромы, возникающие при поражении различных подкорковых структур и при локальных поражениях мозга детей.

СИНЕСТЕЗИЯ (от греч. synaisthesis — совместное чувство, одновременное ощущение) — явление, состоящее в том, что какой-либо раздражитель, действуя на соответствующий орган чувств, помимо воли субъекта вызывает не только ощущение, специфичное для данного органа чувств, но одновременно еще и добавочное ощущение или представление, характерное для другого органа чувств. Наиболее распространенным проявлением С. является так называемый цветной слух, при котором звук наряду со слуховым ощущением вызывает и цветовое. Цветной слух наблюдался у композиторов Н. А. Римского-Корсакова, А. Н. Скрябина. У многих людей желто-оранжевый цвет вызывает ощущение тепла, а сине-зеленый — холода. По своей природе С, по-видимому, представляет собой усиленное взаимодействие анализаторов. Своеобразные формы С. (например, визуализация слышимого) встречаются в патологии.

СИНКРЕТИЗМ (в психологии) (от греч. synkretismos — соединение, объединение)

— нерасчлененность психических функций на ранних этапах развития ребенка. С. проявляется в тенденции детского мышления связывать между собой разнородные явления без достаточных на это оснований. Ряд исследователей (Э. Клапаред и др.) отмечали синкретичность детского восприятия, выражающуюся в нерасчлененности чувственного образа объекта, в отсутствии выделения и соотнесения его внутренних связей и компонентов. Швейцарский психолог Ж. Пиаже относил С. к основным характеристикам детского мышления, объясняя неспособность ребенка к логическому рассуждению тенденцией заменять синтез соединением рядоположенного. Принимая связь впечатлений за связь вещей, ребенок неосознанно и ненаправленно (часто в форме игры или манипулирования словами) переносит значение слова на ряд лишь внешне связанных явлений или объектов. С., согласно Л. С. Выготскому, имеет большое значение для развития детского мышления. Отбирая в процессе последующей практики синкретические связи, соответствующие действительности, ребенок воссоздает для себя истинное значение слова.

СИНТЕЗ (от греч. synthesis-соединение, сочетание, составление) — включенный в акты взаимодействия организма со средой процесс практического или мысленного воссоединения целого из частей или соединения различных элементов, сторон объекта в единое целое, необходимый этап познания. С. неразрывно связан с анализом, они взаимодополняют друг друга. С. как свойственная людям мыслительная операция, равно как и анализ, исторически формируется в процессе их материально-преобразующей деятельности.

СИСТЕМНОСТИ ПРИНЦИП (в психологии) (от греч. systema — составленное из частей, соединение) — методологический подход к анализу психических явлений, когда соответствующее явление рассматривается как система, не сводимая к сумме своих элементов, обладающая структурой, а свойства элемента определяются его местом в структуре. Идеи С. п. по-своему разработали представители гештальтпсихологии и психоанализа. Представители психоанализа связывали С. п. с анализом аффективных процессов, рассматривая в качестве основного фактора человеческой психики так называемый «комплекс». В связи с идеей развития С. п. реализован в операциональной концепции интеллекта Ж. Пиаже (см. Женевская школа генетической психологии). В неопрейдизме, а также в символическом интеракционизме система социального, знаково опосредствованного взаимодействия, со своей структурой, трактуется как первичная и определяющая по отношению к психике индивида. Отечественные философы и психологи рассматривают психологические системы как целенаправленные, социально обусловленные. В процессе индивидуального развития они проходят последовательные этапы усложнения, дифференциации, трансформации своей структуры. Единым генетическим основанием, из которого разворачиваются психологические системы, является совместная (социальная) предметная человеческая деятельность, включающая процессы общения.

СИСТЕМНО-СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ — см Структура.

СИТУАЦИЯ (от франц. situation — положение, обстановка) — система внешних по отношению к субъекту условий, побуждающих и опосредствующих его активность. Качество «быть внешним» по отношению к субъекту означает: в пространственном отношении — воспринимаемая внеположенность субъекту, во временном отношении

— предшествование действию субъекта, в функциональном отношении — независимость от него соответствующих условий в момент действия. К элементам С. могут относиться и состояния самого субъекта в

предшествующий момент времени, если они обуславливают его последующее поведение. Полное описание С. подразумевает выделение требований, которые предъявлены индивиду извне или (и) выработаны им самим, выступая для него в качестве исходных (см. Проблемная ситуация). Реализация требований С. создает предпосылки к ее преобразованию или преодолению. Выход за пределы ситуации (ем. Активность надситуативная) имеет место в той мере, в какой у субъекта (при значимости для него данной С.) складываются и начинают реализовываться новые требования к себе, избыточные по отношению к первоначальным.

СКИННЕР Беррес Фредерик (р. 1904) — американский психолог, представитель современного бихевиоризма. Выступил против необихевиоризма, считая, что психология должна ограничиться описанием внешне наблюдаемых закономерных связей между стимулами, реакциями и подкреплением этих реакций. Выдвинул концепцию «оперантного» (от «операция») научения, согласно которой организм приобретает новые реакции благодаря тому, что сам подкрепляет их, и только после этого внешний стимул вызывает реакции. Первоначально С. изучал оперантное поведение на животных, предложив ряд оригинальных методик и приборов («Поведение организмов», 1938). Исходя из идеи об идентичности механизмов поведения животных и человека, С. распространил свою концепцию на усвоение речи, психотерапию и обучение в школе, став инициатором программированного обучения, в трактовке которого у С. сильны элементы механицизма. С. выступал с утопическими проектами переустройства общества на основе идей оперантного бихевиоризма, об управлении человеческим поведением, что вызвало резкую критику этих идей со стороны прогрессивных ученых в разных странах, в том числе в США.

СКЛОННОСТЬ — избирательная направленность индивида на определенную деятельность, побуждающая его заниматься. Ее основой является глубокая устойчивая потребность индивида в той или иной деятельности, стремление совершенствовать умения и навыки, связанные с данной деятельностью. Возникновение С. обычно является предпосылкой развития соответствующих способностей, хотя возможны случаи несовпадения С. и способностей.

СКОВОРОДА Григорий Саввич (1722-1794) — украинский мыслитель. Бытие человека истолковывал в учении о трех мирах. Первый из них — большой всеобщий обительный мир, в котором живет все рожденное. Второй — микрокосмос, малый мир, или человек. Третий — символический мир. Он выражен в библейских образах, ведущих человеческую мысль «в понятие вечной натуры». Человеческое бытие, замкнутое в мире вещественных интересов, абсурдно. Люди обычно принимают видимый чувственный мир за действительный, и это заблуждение приводит к страданиям. Чувственно данные миры (большой и малый) С. истолковывал как символы, за которыми следует найти их подлинную природу. В этом — первейшая цель человеческого существования. Мотивационный выбор осуществляется через познание «ангельского» и «сатанинского», что составляет основу самоопределения человека. Отвергая в результате самопознания неподлинное в своей природе, человек осознает свои способности, обращает их к «сродной деятельности». В правильном обнаружении своего призвания, связанного со сродной деятельностью, с трудолюбием, человек обретает свое счастье. Согласно С, человек и мир — это две бездны: «он в тебе, а ты в нем». Разрабатывая темы гуманистической психологии, С. отдавал должное человеческому интеллекту, его возможностям усовершенствовать индивидуальную и общественную жизнь («Наркисе. Раз-глагол о том: узнай себя», до 1767; «Симфония, нареченная книга Асхань, о познании самого себя», 1767; «Разговор пяти путников о истинном счастье в жизни», 1773-1774).

СЛЕПОГЛУХОНЕМЫХ ПСИХОЛОГИЯ — см Тифлопсихология.

СЛУЖБА ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ — система практического использования психологии для решения комплексных задач психологической экспертизы, диагностики, консультации в сферах производства, народного образования, медицины, охраны правопорядка и др. В организационном отношении С. п. оформляется как профессиональная консультация, служба семьи и брака и т. д. Создание С. п. — важная задача прикладных отраслей психологии (медицинской, педагогической, юридической, психологии управления, психологии спорта и др.).

СЛУХИ — специфический вид межличностной коммуникации, в процессе которой сюжет, до известной степени отражающий некоторые реальные или вымышленные события, становится достоянием обширной диффузной аудитории. Наряду с описываемым событием С. отражают также общественное мнение и настроение, более общие социальные стереотипы и установки аудитории и, наконец, информационную ситуацию в регионе. С. зачастую являются источником ложной, искаженной информации. С. принято классифицировать по двум параметрам:

1) экспрессивный — эмоциональные состояния, выражаемые в содержании С, и соответствующие типы эмоциональных реакций: С. — желание, С. — пугало, агрессивным С; 2) информационный — степень достоверности сюжета: от абсолютно ложных до относительно близких к действительности. Основным фактором циркуляции С. — возникающий вследствие неудовлетворенного интереса информационный вакуум, который заполняется спонтанно или усилиями враждебной пропаганды. Знание причин и закономерностей распространения С. помогает организовать информационную политику таким образом, чтобы свести к минимуму вероятность их возникновения и в случае возникновения эффективно им противодействовать.

СМЕЩЕНИЕ (сдвиг) — в психоанализе З. Фрейда, процесс, механизм и способ функционирования психики, обеспечивающие перемещение информационных и энергетических акцентов с главного на второстепенное, незначительное или индифферентное. По З. Фрейду, С. проявляется и в различных образованиях бессознательного (в психоневрологической симптоматике, установках, интеллектуальных и эмоциональных актах, различных видах деятельности, сновидениях и т. д.) и сознательного (такое перемещение интереса с одного объекта или вида деятельности на другой, когда новый объект или деятельность замещают предшествующие).

Наиболее подробно С. исследовалось З. Фрейдом на материале сновидений, где оно рассматривалось как главное средство искажения сновидений и второй результат работы сновидений (см. Сгущение). По З. Фрейду, как процесс и результат модификации и перегруппировки сновидений С. проявляется: 1) в замещении скрытого элемента не собственной составной частью, а чем-то отдаленным (намеком) и 2) в перемещении психического акцента с какого-то важного элемента на другой (неважный или индифферентный), в силу чего в сновидении возникает другой центр и происходит подмена смысла сновидения.

СМИРНОВ Анатолий Александрович (1894-1980) — российский психолог. Автор широкого круга работ по общей и педагогической психологии. Обнаружил взаимосвязь между произвольным и непроизвольным запоминанием, показал зависимость продуктивности последнего от места запоминаемого в структуре деятельности, а также раскрыл взаимодействие между памятью, другими психическими процессами — в первую очередь с мышлением и пониманием («Психология запоминания», 1948; «Проблемы психологии памяти», 1966). С. исследовал проблемы истории советской психологии («Развитие и современное состояние психологической науки в СССР», 1975).

СМЫСЛ — 1) суть, главное, основное содержание (иногда скрытое) в явлении, сообщении, или поведении; 2) личностная значимость тех или иных явлений,

сообщений или действий, их отношение к интересам, потребностям и жизненному контексту в целом конкретного субъекта. Понятие С. является междисциплинарным и, как правило, используется вместе с понятием значения, причем единая традиция его употребления не выработана: в лингвистике, логике и теории познания понятие С. чаще используется в первом определении, фактически синонимично понятию значения; в психологии, социологии и философской антропологии оно чаще используется во втором определении, образуя с понятием значения полярную оппозицию. Проблема концептуального разведения понятий значения и смысла осложняется тем, что в англоязычных работах оба понятия обозначаются одним и тем же словом «meaning»;

другое слово, обозначающее С, — «sense» — используется в научной литературе весьма редко.

СНОВИДЕНИЯ — субъективно переживаемые представления, преимущественно зрительной модальности, регулярно возникающие во время сна, главным образом в фазе «быстрого» сна. Содержание и эмоциональная окраска С, степень «участия» личности в собственных С. связаны с интенсивностью физических сдвигов в «быстром» сие. Характерная для «быстрого» сна активация коры головного мозга относительно больше выражена в правом полушарии, что соответствует преобладанию в С. пространственно-образного мышления (см. Асимметрия функциональная головного мозга). Это тесно связано со своеобразным изменением сознания в С: отражение объективной реальности и знание о себе как о субъекте познания нарушено, человек не осознает себя видящим С, в результате нет и критического отношения к воспринимаемому, даже если оно алогично. В то же время оценка самого себя как личности и эмоции (чувство вины, стыда и т. п.) сохранены. Сюжет С. в образной, символической форме отражает основные мотивы и установки субъекта. Переживание и запоминание С. в большой степени зависит от особенностей личности и эмоционального состояния перед сном. Одной из основных функций С. является эмоциональная стабилизация. С. составляют важное звено в системе психологической защиты (см. Защита психологическая), временно ослабляют напряженность психического конфликта и способствуют восстановлению поисковой активности. С этим, а также с доминированием образного мышления связано положительное влияние С. на процессы творчества. Функциональная неполноценность системы «быстрый сон — сновидения» является существенным фактором в возникновении неврозов и психосоматических заболеваний.

СОВЕСТЬ — способность личности осуществлять нравственный самоконтроль, самостоятельно формулировать для себя нравственные обязанности, требовать от себя их выполнения и производить самооценку совершаемых поступков; одно из выражений нравственного самосознания личности. С. проявляется как в форме рационального осознания нравственного значения совершаемых действий, так и в форме эмоциональных переживаний (например, «угрызений С.»).

СОВМЕСТИМОСТЬ ГРУППОВАЯ — социально-психологический показатель сплоченности группы., отражающий согласованность действий ее членов в условиях совместной деятельности, отсутствие конфронтации в общении. В коллективе С. г. образует иерархию уровней. Нижний уровень С. г. составляют психофизиологическая совместимость темпераментов и характеров членов группы, сенсомоторная согласованность при выполнении ими совместных действий, интенсивность коммуникативных внутригрупповых связей, взаимность социометрических выборов (см. Социометрия). На более высоком уровне С. г. выступает как согласованность функционально-ролевых ожиданий — представлений членов группы о том, что именно, с кем и в какой последовательности должен делать каждый при реализации общей для всех цели. Высший уровень С. г. находит свое отражение в предметно-целевом и

ценностно-ориентационном единстве, групповой идентификации, адекватности возложения и принятия ответственности за успехи и неудачи друг друга, во взаимной референтности членов группы.

СОВМЕСТИМОСТЬ МЕЖЛИЧНОСТНАЯ — взаимное приятие партнеров по общению и совместной деятельности, основанное на оптимальном сочетании (сходстве или взаимодополнительности) ценностных ориентации, социальных установок, интересов, мотивов, потребностей, характеров, темпераментов, темпа и ритма психофизиологических реакций и других значимых для межличностного взаимодействия индивидуально-психологических характеристик. Критерием С. м. является высокая непосредственная удовлетворенность партнеров результатом и главное процессом взаимодействия, когда каждый из них оказался на высоте требований другого и не потребовалось специальных усилий, на установление взаимопонимания. С. м., как правило, сопровождается возникновением взаимной симпатии, уважения,

уверенности в благоприятном исходе будущих контактов. Особое значение С. м. приобретает в сложных условиях совместной жизнедеятельности (космическом полете, экспедиции, альпинистском походе и т. д.), т. е. тогда, когда достижение общей цели происходит при дефиците средств, времени, пространства, количества участников, необходимых для ее реализации.

СОВМЕСТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (в социальной психологии) — организованная система активности взаимодействующих индивидов, направленная на целесообразное производство (воспроизводство) объектов материальной и духовной культуры. Отличительными признаками С. д. являются: 1) пространственное и временное соприкосновение участников, создающее возможность непосредственного личного контакта между ними, в том числе обмена действиями, обмена информацией, а также взаимной перцепции; 2) наличие единой цели — предвосхищаемого результата С. д., отвечающего общим интересам и способствующего реализации потребностей каждого из включенных в С. д. индивидов, 3) наличие органов организации и руководства, которые воплощены в лице одного из участников, наделенного особыми полномочиями, либо распределены между ними; 4) разделение процесса С. д. между участниками, обусловленное характером цели, средств и условий ее достижения, составом и уровнем квалификации исполнителей. Это предполагает взаимозависимость индивидов, проявляющуюся либо в конечном продукте С. д., либо в самом процессе его производства. Если в первом случае индивидуальные операции осуществляются параллельно и не зависят от последовательности действий окружающих, то во втором они взаимообусловлены (специализированы и иерархизированы), поскольку должны реализовываться одновременно как функционально различные компоненты комплексной операции или же в строгой последовательности, когда итог одной операции служит условием начала другой. Примером высокоспециализированной С. д. является коллективная научная деятельность, предполагающая разветвленную систему социальных ролей ее участников (см. Коллектив научный)', 5) возникновение в процессе С. д. межличностных отношений, образующихся на основе предметно заданных функционально-ролевых взаимодействий (см. Роль) и приобретающих со временем относительно самостоятельный характер. Будучи исходно обусловлены содержанием С. д., межличностные отношения в свою очередь оказывают воздействие на ее процесс и результаты. В социальной психологии С. д. рассматривается как главное условие социально-психологической интеграции (см. Интеграция групповая) включенных в нее индивидов. С. д. объективно имеет многоцелевой характер, что обусловлено ее внутри- и межсистемными связями. Тот факт, что акты индивидуальной деятельности являются условием существования и воспроизводства как самого индивида, так и процессов групповой активности в целом, свидетельствует о

взаимопроникновении и взаимообогащении индивидуальной и С. д., о взаимодействии индивидуально-мотивационных и социально-нормативных условий С. п.

СОГЛАСИЕ ГРУППОВОЕ — единство взглядов, характеризующее людей, объединенных в группу. Термин С. г. введен Т. Ньюкомом и означает сходство картины мира (ем. Образ мира), позиций и отношений членов группы. В соответствии с этой концепцией, возникшей на базе интеракционизма, С. г. устанавливается в процессе непосредственных взаимодействий людей путем взаимного принятия членами группы позиций пролей друг друга. Утверждается, что разные индивиды, включенные в группы, со временем спонтанно начинают одинаковым образом оценивать сложившуюся ситуацию, происходящие события и явления, социальные объекты. В данной концепции С. г. фактически особо не выделялись значимые стороны совместной, социально ценной деятельности и не рассматривались в качестве сущности оценки С. г. и групповой сплоченности (см. Сплоченность групповая). В отечественной социальной психологии было предложено понимание С. г. как ценностно-ориентационного единства.

СОЗНАНИЕ — высший уровень психического отражения и саморегуляции, присущий только человеку как общественно-историческому существу. Эмпирически С.

выступает как непрерывно меняющаяся совокупность чувственных и умственных образов, непосредственно предстающих перед субъектом в его «внутреннем опыте» и предвосхищающих его практическую деятельность. Психология изучает происхождение, структуру и функционирование С. индивида. С. характеризуется: активностью, интенциональностью (направленностью на предмет: С. всегда — С. чего-либо, см. Интенция), способностью к рефлексии, самонаблюдению (осознание самого С), мотивационно-ценностным характером; различной степенью (уровнями) ясности. С. любого индивида уникально, оно обуславливается внешними по отношению к С. и независимыми от него факторами (прежде всего структурами той социальной системы, в которой существует индивид). Изучение С. сталкивается с двумя основными трудностями. Во-первых, все психологические явления предстают перед индивидом в той мере, в какой они осознаются (в том числе бессознательное, которое осознается либо в результате специальной процедуры «доведения до С», либо косвенно — в виде искажения С). По данным самонаблюдения, С. лишено собственной психологической специфики — его единственный признак состоит в том, что благодаря С. перед индивидом предстают (с той или иной степенью ясности) различные явления, составляющие содержание конкретных психологических функций. Поэтому С. либо рассматривалось как общее «бескачественное» условие существования психики и обозначалось, по существу, метафорически («свет С», «поле С», «С. — общий хозяин психических функций» и т. д.), либо столь лее неправомерно отождествлялось с какой-либо психической функцией (чаще всего со вниманием или мышлением). В первом случае о конкретном (в том числе экспериментальном) изучении С. вообще не могло быть речи, во втором — этот вопрос подменялся изучением соответствующей функции. Все это порождало мнение, что С. для научной психологии — вообще фикция (У. Джеймс). Вторая трудность вытекает из первой: С. (как и отдельные психические функции) не локализуется во внешнем пространстве, но в отличие от психических функций С. (из-за его «бескачественности») не удастся «расчленить» и во времени. Исследователи не смогли обнаружить характеристик С, по которым его можно было бы изучать известными психологии методами (например, измерять в определенные единицы времени, сравнивать С. за определенные отрезки времени). Важной для конструктивного анализа С. явилась восходящая к И. Канту идея о наличии устойчивых, инвариантных структур, схем С, накладывающихся на

непрерывно меняющийся поток сенсорной, поступающей от органов чувств, информации и организующих его определенным образом. На протяжении веков психологический анализ С. отражал различия в философском понимании его природы. Структуры С. индивида формируются в раннем онтогенезе благодаря присвоению (см. Интериоризация) ребенком структур такой деятельности, как общение со взрослым. Структура совместной деятельности порождает структуру С, определяя соответственно следующие его основные свойства: социальный характер (включая опосредованность знаковыми, в том числе вербальными, и символическими структурами); способность к рефлексии и внутренний диалогизм; предметность.

СОКОЛЯНСКИЙ Иван Афанасьевич (1889-1960) — российский дефектолог, специалист в области тифло- и сурдопедагогики. Опираясь в своих исследованиях на концепции И. П. Павлова, С. разработал систему обучения и воспитания слепоглухонемых, доказав возможность достижения высокого уровня их психического развития (см. Тифлопсихология., Сурдопсихология).

СОКРАТ (469-399 гг. до н. э.) — греческий философ. С. впервые подошел к рассмотрению души как источника нравственности, а не просто активности человека, доказывая, что душа — это психическое качество индивида, свойственное ему как разумному существу, действующему согласно нравственным идеалам. Такой подход к душе не мог исходить из мысли о ее материальности, а потому одновременно с возникновением взгляда на связь души с нравственностью возникает и новый, идеалистический взгляд на нее, который позже был разработан учеником С. Платоном. Говоря о необходимости оценки поведения, С. подчеркивал, что для того, чтобы оценить тот или

иной поступок как нравственный, надо предварительно знать, что такое благо, в связи с чем он приходит к мысли о связи нравственности с разумом, говоря о том, что добродетель состоит в знании добра и в действии соответственно этому знанию. Познавая разницу между добром и злом, человек начинает познавать и самого себя. Поэтому, по мысли С., центр исследовательских интересов должен быть перенесен с окружающей действительности на человека. Доказывая, что в знании, несмотря на его относительность, есть зерно истины, общей для всех (тем более это касается истины нравственной), С. опирался на открытый им метод, получивший название сократической беседы. Главное открытие, к которому подводил С. своих собеседников, заключалось в том, что всеобщее, абсолютное находится в уме и только из него должно выводиться. Доказывая, что такое абсолютное знание не только существует, но и может быть передано от одного человека к другому, С. одним из первых (что важно для психологии) обращается к речи, утверждая, что истина зафиксирована в общих понятиях, в словах и в таком виде и передается от поколения к поколению.

СОМНАМБУЛИЗМ (снохождение) (от лат. *somnus* — сон и *ambulare* — гулять) — форма сложного, внешне выглядящего целенаправленным, но неосознаваемого поведения, которое осуществляется при переходе от сна к гипнозоподобному состоянию (см. Гипноз).

Эпизоды С, как правило, начинаются через 1—1,5 часа после засыпания во время «медленного» сна. Картина С: субъект встает с постели и совершает ряд стереотипных и координированных движений при открытых глазах, его действия могут при этом носить и антисоциальный характер. Во время С. зрачки сужены, взгляд застывший, на электроэнцефалограмме регистрируется ритм спокойного бодрствования (альфа-ритм), который, однако, не подавляется внешними раздражителями и сохраняется при открытых глазах, что отличает это состояние от обычного расслабленного бодрствования. Спонтанного перехода из эпизода С. в бодрствование не происходит, эпизод обычно завершается возвращением к нормальному физиологическому сну. При утреннем пробуждении отсутствуют

воспоминания об имевшем место среди ночи С.

СОМНЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ (греч. *patos* — болезнь, страдание + *logos* — учение) — тяжелые, тревожные переживания нравственно-этического и ипохондрического содержания (см. ипохондрия), лишённые реальных оснований и не соответствующие возможной неприятности или беде. Например, малейшие неприятные ощущения в желудке или в сердцебиении порождают у такого мнительного субъекта страх и тревожные раздумья о возможном инфаркте, инсульте и т. п. С. п. чаще всего наблюдаются при психастении и др. психических заболеваниях. В отличие от бреда и сверхценных идей могут быть устранены с помощью психотерапии.

СОН — периодическое функциональное состояние человека и животных со специфическими поведенческими проявлениями в вегетативной и моторной сферах, характеризующееся значительной обездвиженностью и отключенностью от сенсорных (см. Сенсорная система) воздействий внешнего мира. У человека во С. наблюдался угнетение осознаваемой психической активности. С. представляет собой совокупность двух основных чередующихся фаз, которые получили название «медленного» С. и «быстрого» (или «парадоксального») С, физиологические характеристики которых во многом противоположны. Обе фазы имеют сложную многоуровневую организацию, обеспечивающую развитие активных процессов в мозге, специфичных для каждой фазы. В фазе «медленного» С. наблюдаются тонические (стойкие) изменения вегетативных и моторных показателей: снижается тонус мускулатуры, замедляется дыхание, сердечный ритм. Во время «быстрого» С. на электроэнцефалограмме фиксируются быстрые низкоамплитудные колебания, сходные с начальной стадией С. или даже бодрствования, развивается атония антигравитационной мускулатуры, резко падает активность мышц шеи, появляются физические явления в виде быстрых движений глаз, подергивания мышц лица и т. п. При пробуждении от «медленного» С. человек часто не отмечает сновидений, т. к. сновидения в «медленном» С. напоминают мысли, рассуждения. В период «медленного» С. может возникать снохождение

(сомнамбулизм), снововорение, ночные кошмары у детей, о которых после пробуждения они не помнят. После «быстрого» С. человек в 75-90 % случаев сообщает о сновидениях с элементами нереальности, фантастичности. Фазы «медленного» и «быстрого» сна образуют цикл длительностью в 60-90 мин, повторяющийся в естественном ночном С. 4-5 раз. Длительность фаз «быстрого» С. к утру увеличивается, а «медленного» убывает. При общем лишении сна сначала восстанавливается «медленный», а затем «быстрый» сон. С. способствует восстановлению функций соматических тканей и нервных клеток, психологической стабилизации, защиты личности от нерешенных конфликтов, отбору и сохранению в памяти значимой информации.

СОПЕРЕЖИВАНИЕ — уподобление эмоционального (см. Эмоции) состояния субъекта состоянию другой личности (или социальной группы)', при этом в индивидуальном сознании субъекта отражается отношение другого человека (или социальной группы) к происходящим с ним (или с нею) событиям. Различают два класса С: 1) С, возникающие вследствие неосознаваемого непроизвольного эмоционального заражения и охватывающие субъекта при непосредственном, как правило, случайном контакте с испытывающими те или иные эмоции людьми (например, мгновенно распространяющиеся во внешне связанной группе людей страх или радость). Такого рода С. иногда называют непосредственными ответными эмоциями (см. Эмпатия). 2) С, которые представляют в индивидуальном сознании субъекта соответствующий уровень межличностных отношений, опосредствованных совместной деятельностью, общими целями, нормами (см. Нормы групповые) и ценностями социальной группы (например, радость по поводу успеха и сострадание неудаче по отношению к члену коллектива). В их основе лежит

эмоциональная идентификация, когда индивид как бы ставит себя на место другого в совместной деятельности. Особенно рельефно С. выступает в гуманном отношении личности к другим (см. Гуманность).

СОПРОТИВЛЕНИЕ (в психоанализе) — силы и процессы, препятствующие осознанию информации посредством противодействия переходу воспоминаний, представлений и симптомов из бессознательного в сознание. Проявляется преимущественно в формах неосознаваемого противодействия людей обыденному осознанию вытесненного (вытесненных в бессознательное сексуальных и агрессивных влечений, различных импульсов и пр.) и неосознаваемого, противоборства пациента психоаналитику (психотерапевту, врачу) и выздоровлению. Наличие С. считается признаком психического конфликта.

СОПРЯЖЕННО-МОТОРНАЯ МЕТОДИКА (от лат motor — приводящий в движение) — способ исследования аффективных реакций человека (см. Аффект). Разработана А. Р. Лурия. В отличие от методов регистрации симптомов аффективных реакции через изменение вегетативных функций (дыхания, артериального давления, пульса и т. д.) С.-м. м. позволяет исследовать отражение этих реакций в речевых и двигательных процессах. Испытуемому последовательно предъявляется ряд словесных раздражителей. На каждое слово ряда он должен ответить в порядке свободной ассоциации другим словом и одновременно нажать на пневматический ключ пальцами правой и левой рук. Вызванное словом эмоциональное состояние регистрируется по речевым ответам и деформации двигательных реакции (изменению их длительности, форм и т. д.). Сочетание речевых и двигательных симптомов более полно отражает динамику эмоциональных состояний, чем традиционно используемые вегетативные показатели.

СОСТОЯНИЕ (человека) — в самом общем виде С. — это характеристика любой системы, отражающая ее положение относительно координатных объектов среды. С. человека может быть внутренне и внешне наблюдаемым. Внутренне наблюдаемое С. — это зафиксированное соз? 1 внием субъекта на определенный момент времени интегральное ощущение благополучия (неблагополучия), комфорта (дискомфорта) в тех или иных подсистемах организма или всего организма в целом. Внешне наблюдаемое С. — это степень благополучия (неблагополучия), комфорта (дискомфорта) человека, определяемая по внешне читаемым признакам (см. Перцепция социальная). С. человека выступает регулятивной функцией адаптации к окружающей ситуации и среде (см. Само регуляция).

СОХРАНЕНИЕ — фаза памяти, характеризующая долговременное удержание воспринятой информации в скрытом состоянии. О С. можно судить только на основании наблюдений за другими, предполагающими его мнемическими процессами: воспроизведением, узнаванием, повторным заучиванием. С. материала в существенной степени зависит от организации мнемических средств (см. Мнемоника) и от мер, предупреждающих забывание (см. Запоминание, Повторение). Различают активное и пассивное С. В первом случае удерживаемый материал подвергается внутренним преобразованиям, от простого циклического повторения до включения в системы новых семантических связей, резко увеличивающего вероятность его последующего воспроизведения, во втором случае подобных активных преобразований обнаружить не удастся. В эпистемологии Ж. Пиаже С. — важнейшее понятие, описывающее феноменологические стадии конкретно-операционального интеллекта.

СОЦИАЛИЗАЦИЯ — процесс и результат усвоения и активного воспроизводства индивидом социального опыта, осуществляемый в общении и деятельности. С. может происходить как в условиях стихийного воздействия на личность различных обстоятельств жизни, имеющих иногда характер разнонаправленных факторов, так и в условиях образования и воспитания

целенаправленного, педагогически организованного, планомерного процесса и результата развития человека, осуществляемого в интересах его и (или) общества, к которому он принадлежит. Воспитание является ведущим и определяющим началом С. Понятие С. было введено в социальную психологию в 40-50-е гг. в работах А. Бандуры, Дж. Кольмана и др. В разных научных школах понятие С. получило различную интерпретацию: в необихевиоризме оно трактуется как социальное научение; в школе символического интеракционизма — как результат социального взаимодействия, в «гуманистической психологии» — как самоактуализация. Явление С. многоаспектно, и каждое из указанных направлений акцентирует внимание на одной из сторон изучаемого феномена. В российской психологии проблема С. разрабатывалась в рамках диспозиционной концепции регуляции социального поведения, в которой представлена иерархия диспозиций, синтезирующих систему регуляции социального поведения, в зависимости от степени включенности в общественные отношения.

СОЦИАЛЬНАЯ ЖЕЛАТЕЛЬНОСТЬ (от лат. *socialis* — общественный) — фактор, искажающий самоотчеты (в частности, ответы на пункты личностных опросников) путем увеличения частоты тех самоотчетов, которые кажутся испытуемым более привлекательными, социально приемлемыми, представляющими их в выгодном свете. Влияние С. ж. необходимо учитывать при разработке любых опросников, тестов и т. п., использующих самоотчеты. Существует ряд способов, уменьшающих их влияние (например, составление каждого пункта опросника из двух альтернатив, равных по своей С. ж.). Кроме того, разработаны методики, специально измеряющие склонность испытуемого давать социально желательные ответы.

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ — наука, изучающая закономерности поведения и деятельности людей, обусловленные фактом их включения в социальные группы, а также психологические характеристики самих этих групп. В течение длительного периода социально-психологические идеи разрабатывались в рамках различных философских учений. Элементы С. п. складывались и внутри конкретных наук — в антропологии, этнографии, криминологии, языкознании, но прежде всего — в психологии и социологии. Последние считаются «родительскими» дисциплинами для С. п., и до сих пор идет дискуссия о том, каков статус С. п. — как части психологии или части социологии, или как самостоятельной пограничной дисциплины. Высказывается также идея о существовании «двух» или даже «трех» С. п. Началом существования С. п. как особой дисциплины считается 1908 г., когда одновременно появились работы английского психолога У. Мак-Дугалла и американского социолога Э. Росса, в названиях которых содержался термин «социальная психология». После первой мировой войны в США началась активная разработка С. п. как экспериментальной дисциплины, а также осуществление прикладных исследований в производстве, армии, пропаганде и т. п. Поскольку экспериментальные исследования осуществлялись в методологических традициях позитивистской философии, основным приемом стал лабораторный эксперимент и был сделан акцент на количественные методы, а фокусом в предметной области стала малая группа. Это породило особый, «американский» стандарт социально-психологического исследования, который позже подвергся критике со стороны европейских коллег, главным образом за игнорирование «социального контекста» (Г. Тэджфел, С. Московичей) и недооценку теоретических и мировоззренческих принципов науки. В этом же ключе критический анализ традиционной С. п. предложен в отечественной С. п. Ее развитие в России сопряжено с рядом специфических обстоятельств. Первые упоминания о дисциплине имели место преимущественно в социологических работах (Л. И. Петражицкий, Л. Н. Войтоволский, М. М. Ковалевский). Исключение составляют лишь работы В.

М. Бехтерева, в которых были обозначены психологические проблемы С. п. После революции в связи с общей дискуссией о судьбах психологической науки и ее переориентации на принципы марксистской философии возникла полемика и о С. п.: ее праве на существование, ее предмете, границах и т. п. Была выдвинута идея (Г. И. Челпанов) о необходимости подведения марксистского философского фундамента именно под С. п., в то время как остальная часть психологической науки должна сохранить свой статус исключительно эмпирической дисциплины, т. е. не ориентированной вообще на какую бы то ни было философскую концепцию. Поскольку эта идея встретила сопротивление многих психологов, готовых воспринять марксизм как общую платформу всей психологии, участь С. п. была решена так, что ей вообще нет места в социалистическом обществе. Позже, в эпоху строгого идеологического диктата, С. п. была объявлена «буржуазной» наукой. Таким образом после дискуссии 20-х гг. наступил «перерыв» в развитии отечественной С. п. К концу 50-х — началу 60-х гг. под влиянием требований практики, а также в условиях начинающейся политической «оттепели» состоялся второй этап дискуссии о С. п., в результате которого она была «узаконена» при условии ориентации ее на марксистскую философию, которая была представлена преимущественно через общепсихологическую теорию деятельности. Некоторым следствием марксистской ориентации С. п. является ее нормативный характер, т. е. предписанность многих характеристик личности, групп и пр. В современных условиях С. п. в России существует как достаточно развитая дисциплина с фундаментальными исследованиями и многообразной палитрой практических приложений. Ее основные разделы и области: общение и взаимодействие людей; психология групп; психология личности. Отдельный большой блок — практические приложения С. п. в производстве, образовании, управлении, сфере массовой информации, семейных отношениях, науке, политике, религии и др.

СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ РАЗВИТИЯ — сущностная характеристика возрастного периода развития, введенная Л. С. Выготским. С. с. р. как единственное и неповторимое, специфическое для данного возраста отношение между ребенком и средой, определяет: 1) объективное место ребенка в системе социальных отношений и соответствующие ожидания и требования, предъявляемые к нему обществом (А. Н. Леонтьев); 2) особенности понимания ребенком занимаемой им социальной позиции и своих взаимоотношений с окружающими людьми; отношения ребенка к своей позиции в терминах принятия — непринятия. С. с. р. ставит перед субъектом на каждом возрастном этапе специфические задачи, разрешение которых и составляет содержание психического развития в данном возрасте. Достижения психического развития (см. Развитие психики) ребенка постепенно приходят в противоречие со старой С. с. р., что приводит к слому прежних и построению новых отношений с социальной средой, а следовательно, к новой С. с. р. Вновь возникшее противоречие между новыми, более высокими социальными ожиданиями и требованиями к ребенку и его возможностями, разрешается путем опережающего развития соответствующих психологических способностей. Таким образом, скачкообразное изменение С. с. р. выступает одним из существенных компонентов возрастных кризисов развития.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ (от лат. competens — соответствующий, способный) — способность индивида эффективно взаимодействовать с окружающими его людьми в системе межличностных отношений. В состав С.-п. к. входит умение ориентироваться в социальных ситуациях, правильно определять личностные особенности и эмоциональные состояния других людей, выбирать адекватные способы обращения с ними и реализовывать эти способы в процессе взаимодействия. Особую роль здесь играет умение поставить себя на место другого (см. Рефлексия, Эмпатия). С.-п. к. формируется в ходе освоения индивидом систем общения и включения в

совместную деятельность.

СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИИ КОНЦЕПЦИЯ — система социально-психологических взглядов, содержащая теоретические положения и эмпирические разработки, относительно закономерностей функционирования структур обыденного сознания в современном обществе. Разработана во Франции С. Московией при участии Ж. Абрика, В. Дуаза, Д. Жоделе, Ж. Кодола, Р. Фарра, К. Фламана, и др. С. п. к. относится к числу наиболее влиятельных концепций, возникших в европейской социальной психологии в 60—70-е гг. XX в. как реакция на преобладание в западноевропейской науке американских образцов социально-психологического знания сциентистского толка. Предметом социально-психологического изучения в С. п. к. считается социальная реальность, понимаемая как совокупность социальных представлений, посредством которых общественные явления оказываются репрезентированными в индивидуальном сознании субъекта. Ключевым понятием является социальное представление, родственное понятию коллективного представления, предложенному Э. Дюркгеймом. Оно трактуется в С. п. к. как особая форма коллективного знания, имеющего консенсусные особенности, социально сконструированного, разделяемого индивидами, входящими в сообщество, и служащего для повседневного практического применения. Структура социального представления содержит три измерения: информацию — сумму знаний о представляемом объекте; поле представления, характеризующее организацию его содержания с качественной стороны; установку по отношению к объекту представления (С. Московией).

СОЦИОБИОЛОГИЯ — научное направление, изучающее биологические основы социального поведения и социальной организации у животных и человека на базе теоретических представлений и методов популяционной биологии (экологии и генетики популяций) и синтетической теории эволюции (современного дарвинизма). Основатель С. — американский биолог Э. Уилсон. С. изучает биологические функции поведения и социальной организации с точки зрения генетической приспособленности. В синтетической теории эволюции под приспособленностью понимается способность особи производить потомство и тем самым передавать ему свои гены.

СОЦИОГЕНЕЗ (от лат. *so(cietas)* — общество и греч. *genos* — происхождение) — происхождение и развитие сознания, личности, межличностных отношений, обусловленные особенностями социализации в разных культурах и общественно-экономических формациях. Основная идея С. заключается в том, что психолог имеет дело не с абстрактным человеком, а с человеком определенной страны и эпохи, взаимодействующим в социокультурном контексте с людьми. Закономерности С. являются предметом исторической психологии и этнопсихологии.

СОЦИОМЕТРИЯ (от лат. *so(cietas)* — общество, *metreo* — измеряю) — разработанная Дж. Морено психологическая теория общества и одновременно социально-психологический тест, применяемый для оценки межличностных эмоциональных (см. Эмоции) связей в группе. В основе теоретической С. лежит стремление объяснить все стороны социальной жизни — экономические, политические — состоянием эмоциональных отношений между людьми, их симпатиями и антипатиями по отношению друг к другу. Дж. Морено и его последователи пришли к выводу, что все проблемы современного общества, вне зависимости от его классовой структуры, могут быть разрешены путем перестановки людей в соответствии с их эмоциональными предпочтениями, так, чтобы «социометрическая» революция позволила гармонизировать общественные отношения, являющиеся, по их мнению, системами взаимного предпочтения или отвращения людей. В результате социометрической процедуры составляются социометрическая матрица, социограмм, вычисляются социометрические

коэффициенты групповой сплоченности, понимаемой как коммуникативная общность.

СПЕНСЕР Герберт (1820-1903) — английский философ и психолог. Соединив принципы ассоцианизма с эволюционной теорией, выдвинул концепцию, согласно которой сознание — это процесс, развивающийся по общим законам биологической эволюции от неопределенной несвязной гомогенности к определенной связанной гетерогенности. Оно выполняет функцию приспособления организма к среде («Основы психологии», 1855). В соответствии с этим факты сознания рассматривались С. под углом зрения их корреляции не с нервной деятельностью, а с внешними по отношению к организму связями. Основными элементами сознания он считал чувствования, разновидностью которых являются эмоции и ощущения, преобразующиеся путем усложнения в психические продукты высшего порядка. Ассоциации, сопряженные с чувством удовольствия, закрепляются в организме и передаются по наследству следующим поколениям, тогда как вызывающие отрицательные чувства нивелируются. С. разделил психологию на объективную и субъективную. Если первая трактует психические явления как корреляты нервно-мышечных устройств, посредством которых живые существа приспособливают свои действия к окружающим их вещам и отношениям, то вторая изучает мысли и чувствования, открытые только для их носителя — субъекта. С. предпринял попытку перенести принципы ассоциации с истории психического развития индивида на историю вида. Он считал, что в силу действия закона наследственности совокупный опыт предшествующих поколений передается отдельным субъектам и, хотя представляется им внеопытным (априорным), является продуктом многовековой эмпирической интеграции. Идеи С. придали психологии биологическую направленность, стимулировали развитие функционализма (см. Функциональная психология) и сравнительно-психологических исследований поведения.

СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ УСЛОВНОГО РЕФЛЕКСА (от лат *specialis* — особый и *reflexus* — отраженный) — процесс, заключающийся в том, что после первичной генерализации условной реакции по мере ее повторения она приурочивается к строго определенному сигналу и осуществляется только требуемым способом. Нейрофизиологический механизм С. у. р. заключается в локализации активности в тех структурах мозга, которые обеспечивают данную реакцию (см. Условный рефлекс).

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ (от лат *specialis* — особый) — отрасль психологии, изучающая людей, для которых характерно отклонение от нормального психического развития, связанное с врожденными или приобретенными дефектами. К ней относятся: психология слепых (тифлопсихология), глухих (сурдопсихология), умственно отсталых (олигофренопсихология), детей с временными задержками психического развития, с нарушениями речи и т. п. Развитие С. п. в России связано с деятельностью Л. С. Выготского, Л. В. Занкова, В. И. Лубовского, Ж. И. Шиф и др. На основе данных С. п. строится система обучения и воспитания людей, имеющих аномалии психического развития, профессиональная консультация и профессиональный отбор.

СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭНЕРГИИ ОРГАНОВ ЧУВСТВ КОНЦЕПЦИЯ (от лат *specificus* — особенный) — представление о том, что качество ощущения зависит от того, какой орган чувств возбужден. Одна и та же внешняя причина, воздействуя на разные органы чувств, вызывает различные ощущения: например, электрический ток, приложенный к глазу, вызывает зрительное ощущение, к уху — слуховое и т. д. В то же время характерное для данного органа чувств ощущение может быть вызвано

многими различными воздействиями: например, при возбуждении глаза, вызванном светом, механическим ударом или электрическим током, возникает зрительное ощущение. Эти явления интерпретировались немецким

физиологом И. Мюллером как «закон С. э. о. ч.». Из правильно подмеченных фактов им был сделан агностический вывод о том, что ощущения якобы не дают нам правильного представления о внешнем мире. Адекватность ощущения реальному раздражению обеспечивается следующим: эволюционно органы чувств сформированы так, что допускают к определенным нервным окончаниям лишь определенные виды внешних сигналов.

СПИНОЗА Бенедикт (Барух) (1632-1677) — нидерландский философ. Согласно С. человек — целостное, природное существо, у которого душа и тело как атрибуты единой субстанции нераздельны и определяются одними и теми же материальными причинами (Богом, идентичным природе). По его мнению, порядок и связь идей те же, что порядок и связь вещей («Этика», 1677). Воля, как и остальные психические процессы, строжайшим образом детерминирована, а иллюзия ее свободы возникает из-за незнания причин человеческих действий. Свободными эти действия являются тогда, когда они совершаются на основе знания необходимости, причем чем активнее человек, тем в большей степени он свободен. В природе человека заложено стремление к самосохранению. Оно выражено в особом духовно-телесном акте — влечении, которое совместно с двумя первичными эмоциями — радостью и печалью лежит в основе всего многообразия мотивов и чувств человека. Радость увеличивает способность тела к действию, печаль ограничивает ее. С. полагал, что объективно-психологический подход дает возможность рассматривать чувства с такой же точностью, как рассматриваются линии и поверхности в геометрии. Низшим видом знания является сенсорно-ассоциативный (чувственный опыт), более высоким — рациональное знание, высшим — интуитивное. Идея С. о психофизическом монизме (в противовес психофизическому параллелизму и психофизическому взаимодействию) была воспринята гештальтпсихологией, его трактовка влечения (побуждения, афферентивности которого нейтрализуется сознанием) повлияла на психоанализ. На С. ориентировался Л. С. Выготский в критике дуалистической теории аффектов и мотивов поведения.

СПИРМЕН Чарльз (1863-1945) — английский психолог. Разработал цикл статистических методов с целью измерения структуры интеллекта. Изучая корреляции между результатами выполнения различных заданий и используя факторный анализ, предложил двухфакторную теорию интеллекта, согласно которой выделялись: общий (генеральный) фактор, образующий основание любых успешных умственных действий и ряд специальных факторов, нужных для решения задач в отдельных областях («Способности человека», 1927).

СПЛОЧЕННОСТЬ ГРУППОВАЯ — один из процессов групповой динамики, характеризующий степень приверженности к группе ее членов. В качестве конкретных показателей С. г., как правило, рассматриваются: 1) уровень взаимной симпатии в межличностных отношениях — чем большее количество членов группы нравятся друг другу, тем выше ее сплоченность; 2) степень привлекательности (полезности) группы для ее членов — чем больше число тех людей, кто удовлетворен своим пребыванием в группе, т. е. тех, для кого субъективная ценность приобретаемых благодаря группе преимуществ превосходит значимость затрачиваемых усилий, тем выше сила ее притяжения, а следовательно, и сплоченность. Согласно представлениям родоначальников концепции С. г. — американских психологов К. Левина, Дж. Фестингера, Д. Картрайта, А. Зандера и их многочисленных последователей, С. г. является своего рода «результатирующей» тех сил, которые удерживают людей в группе. При этом считается, что группа удовлетворяет человека в той мере и до тех пор, пока он полагает, что «выгоды» от членства в ней не просто превалируют над «издержками», но превалируют в большей степени, чем это могло бы быть в какой-либо другой группе или вообще вне ее. С этой точки зрения силы сплочения определены «балансом» степеней привлекательности собственной и других доступных групп. К числу основных факторов С. г. чаще

всего относят: сходство базовых ценностных ориентации членов группы, ясность и определенность групповой цели, демократический стиль лидерства (руководства), кооперативную взаимозависимость членов группы в процессе совместной деятельности, относительно небольшой объем группы, ее престиж. Методический аппарат измерения С. г. представлен в основном социометрической техникой (см. Социометрия) в различных модификациях, а также другими разновидностями процедуры опроса. В отечественной психологии существует трактовка С. г. как ценностно-ориентационного единства и предметно-ценностного единства (см. Интеграция групповая).

СПОСОБНОСТИ — индивидуально-психологические особенности личности, являющиеся условием успешного выполнения той или иной продуктивной деятельности. Предметом специального психологического изучения С. стали в XIX в., когда работами Ф. Гальтона было положено начало экспериментальному и статистическому исследованию различий людей. С. обнаруживается в процессе овладения деятельностью, в том, насколько индивид при прочих равных условиях быстро и основательно, легко и прочно осваивает способы ее организации и осуществления. Они тесно связаны с общей направленностью личности, с тем, насколько устойчивы склонности человека к той или иной деятельности. В основе одинаковых достижений при выполнении какой-либо деятельности могут лежать различные С, в то же время одна и та же С. может быть условием успешности различных видов деятельности. Это обеспечивает возможности широкой компенсации С. Одним из важных моментов в процессе обучения и воспитания является вопрос о сензитивны; периодах, благоприятствующих становлению тех или иных С. (см. Сензитивность возрастная). Предполагается, что формирование С. происходит на основе задатков. Изучение конкретно-психологических характеристик различных С. позволяет выделить общие качества индивида, отвечающие требованиям не одного, а многих видов деятельности и специальные качества, отвечающие более узкому кругу требований данной деятельности (см. Способности специальные). Уровень и степень развития С. выражают понятия таланта и гениальности.

СРАВНЕНИЕ — одна из логических операций мышления. Задания на С. предметов, изображений, понятий широко используются при психологических исследованиях развития мышления и его нарушений. Анализируются основания для С, которые использует человек, легкость перехода от одного из них к другому и т. д.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ — 1) раздел психологии, изучающий сходства и различия в поведении и психике между животными и человеком, а также эволюцию поведения и психики в процессе антропогенеза; 2) общее название для любых сравнительных исследований в психологии, при которых сравниваются психологические особенности людей, отличающихся по тому или иному признаку, например, относящихся к разным культурам, национальностям, возрастным группам, обладающих разным социально-экономическим статусом, здоровых и больных и т. д.; 3) синоним зоопсихологии; 4) американское психологическое направление в изучении поведения животных. С. п. стала активно развиваться со второй половины XIX в. после появления эволюционной теории Дарвина. В конце XIX — начале XX в. она понималась как наука об эволюции психики в животном мире, а также в качестве синонима зоопсихологии с акцентом на использование сравнительного метода и как название для науки, объединяющей зоопсихологию и психологию человека. Постепенно в С. п., как и в зоопсихологии, все большее влияние стал приобретать объективистский подход, сторонники которого требовали исключить психику животных из научного изучения, поскольку о ней нельзя получить непосредственных свидетельств, и ограничиться исследованием объективно наблюдаемых явлений — поведения и его физиологических основ. С середины 30-х и вплоть

до 70-х гг. этот подход был господствующим, однако в нашей стране преобладало представление, что С. П. должна изучать не только поведение, но и психику (см. труды Н. Н. Ладыгиной-Котс, Н. Ю. Войтонса и др.). В Европе, в том числе в нашей стране, утвердилось представление о С. п. как об отрасли психологии (см. Возрастная психология), занятой сравнением психологических характеристик человека и животных, чтобы выявить сходства и различия и понять ход антропогенеза. Данные С. п. считаются также важными для детской психологии и позволяют использовать животных как модель для изучения человека. В последнее время термин «С. п.» выходит из употребления, поскольку это название закрепилось за американской С. п., а также потому, что сравнение поведения и психики разных животных, включая человека, стало неотъемлемой частью проблематики различных дисциплин — этологии, социобиологии, когнитивной этологии и антропологии — и превратилось в междисциплинарную область.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ (в психологии) (от лат. status — состояние) — некоторые методы прикладной математической статистики, используемые в психологии в основном для обработки экспериментальных результатов. Основная цель применения Ст. — повышение обоснованности выводов в психологических исследованиях за счет использования вероятностной логики и вероятностных моделей. История статистики и психологии имеет много примеров положительного взаимного влияния. Так, важная для современной науки идея регрессионного и корреляционного анализа родилась из попыток Ф. Гальтона исследовать закономерности наследования детьми психологических и физических признаков своих родителей. Для исследования интеллектуальных способностей было разработано несколько вариантов факторного анализа. Ряд статистических методов был создан специально для проверки качества психологических тестов и для применения в профессиональном отборе (см. Отбор психологический). В настоящее время можно выделить следующие направления использования Ст. м. в психологии: 1) описательная статистика, включающая в себя группировку, табулирование, графическое представление и количественное описание данных; 2) теория статистического вывода, используемая в психологических исследованиях для предсказания результатов по данным обследования выборок; 3) теория планирования экспериментов, служащая для обнаружения и проверки причинных связей между переменными.

СТАТИСТИЧЕСКИХ ГИПОТЕЗ ПРОВЕРКА заключается в проверке предположений: о характере распределения случайных величин и о связи между ними, о принадлежности данных к одной генеральной совокупности, о достоверности различий и др. Применяется преимущественно в экспериментальных исследованиях для обоснования правдоподобности тех или иных содержательных психологических суждений о преимуществе нового метода воздействия, обучения и др.

СТАТУС СОЦИАЛЬНЫЙ от (лат. status — положение, состояние) — 1) объективное место индивида или группы в социальной системе в соответствии с их характеристиками (природными, профессиональными, этническими и др.); 2) положение субъекта в системе его межличностных отношений, определяющее его права, обязанности и привилегии. В первом значении различают С. с. прирожденный (по полу, национальности и пр.) и С. с. достижимый (по образованию, квалификации и др.). Индивиды, обладающие одним и тем же С. с., обнаруживают ряд сходных черт, обозначаемых как «социальный тип» личности. В то же время в различных группах индивид может иметь разный С. с. Существенные расхождения в С. с., который приобретает индивид в группах, различающихся по уровню группового развития, содержанию совместной деятельности, могут стать причиной межличностных конфликтов. В тех случаях, когда один С. с. приходит в противоречие с другим С. с., индивид становится «маргинальной личностью»

(см. Маргинальность). Реализацией С. с. служит социальная роль личности, а также ее социальная позиция как отношение к собственному С. с. и социальной роли. Важными характеристиками С. с. являются престиж и авторитет как своеобразная мера признания окружающими заслуг индивида. СТЕНИЧНОСТЬ (от греч. sthenos — сила) — характеристика высокой работоспособности индивида, устойчивости к различным помехам, способности к длительной непрерывной деятельности, даже при лишении сна в течение нескольких суток. Противоположностью С. является астения.

СТЕРЕОТИП СОЦИАЛЬНЫЙ (от греч. stereos — твердый, прочный и typos — форма, образец) — обобщенная, упрощенная и ригидная система широко разделяемых представлений об опознаваемых группах людей, в которых каждый человек рассматривается как носитель одних и тех же наборов ведущих характеристик, приписываемых (см. Атрибуция) любому члену данной группы безотносительно его реальных качеств. Понятие С. с. было введено в научный обиход американским психологом У. Липпманном (W. Lippmann) в 1922 г. Как правило, группы членства являются реально существующими и задаются формальными характеристиками, такими, как национальность, религиозная конфессия, пол, профессиональная принадлежность и т. п. Наиболее распространены С. с. о представителях различных расовых, национальных и религиозных групп. Стереотипичные представления о существующих психологических типах людей называются типажам. В соответствии с данными С. с. окружающие ожидают от индивида определенного поведения, сходного с ролевым. Основное отличие С. с. от социальной роли в том, что роль включает в себя набор предписаний для определенной группы лиц, в соответствии с которыми строятся ожидания окружающих людей, а С. с. предполагает только ожидания без предписаний. Процесс стереотипирования (порождения стереотипов) является частным случаем процесса категоризации. При этом использование С. с. выглядит как подведение объекта под обобщающее понятие, которым является С. с. Будучи одной из разновидностей житейских понятий, С. с., как правило, характеризуется тем, что имеет неадекватную меру обобщенности существенных признаков объекта, их неполный или избыточный набор. Отмечается также, что с повышением уровня образования и общей культуры испытуемых стремление делать обобщения относительно различных социальных, и в первую очередь этнических, групп людей заметно снижается. Усвоенные индивидом ригидные социальные установки могут быть как позитивны, так и негативны. Последние принято обозначать как предубеждения. Т. о., большинство С. с. можно считать предубеждениями, обозначив их как враждебную или отрицательную установку на отдельную группу людей.

СТИВЕНСА ЗАКОН — установленная американским ученым С. С. Стивенсом формула, связывающая силу ощущения с определенной степенью физической интенсивности раздражителя. Для обоснования С. з. привлекаются данные психофизиологических (см. Психофизиология) исследований. Как правило, однако, результаты психофизических измерений обнаруживают весьма сильную индивидуальную изменчивость, что затрудняет однозначное доказательство преимущества обнаруживаемой данным законом степенной зависимости по отношению к закону Фехнера (см. Вебера — Фехнера закон).

СТИЛЬ ЛИДЕРСТВА (СТИЛЬ РУКОВОДСТВА) (от греч. stylos — букв стержень для письма и англ. leader — ведущий, руководитель) — типичная для лидера (руководителя) система приемов воздействия на ведомых (подчиненных). К. Левином выделены три С. л.: авторитарный {жесткие способы управления, пресечение чьей-либо инициативы и обсуждения принимаемых решений и т. п.), демократичный (коллегиальность, поощрение инициативы и т. п.) и анархичный (отказ от управления, устранение от руководства и т. п.) Варианты описания С. л.: директивный, коллегиальный, либеральный и др. В

социальной психологии показано, что С. л. является предпосылкой и следствием уровня группового развития. Он зависит также от содержания совместной деятельности, которая лежит в основе межличностных отношений в группе. Типичным для групп высшего уровня развития является С. л. (руководства), предполагающий ответственность руководителя и сознательное подчинение, полномочие и самостоятельность коллектива, адекватное возложение ответственности, максимальное доверие во взаимоотношениях руководителя и подчиненных, способность руководителя к децентрации. В корпорациях принят авторитарный С. л., характеризующийся, в частности, максимумом централизации и минимумом демократичности. При низкой социальной ценности факторов, обуславливающих отношения между членами группы, возможен также анархичный С. л. в асоциальных ассоциациях (см. также Лидерство).

СТИМУЛ (от лат. stimulus — остроконечная палка, которой погоняли животных, стрекало) — воздействие, обуславливающее динамику психических состояний индивида (обозначаемую как реакция) и относящееся к ней как причина к следствию. В физиологии и психосфизиологии понятие «С.» тождественно понятию раздражения. В бихевиоризме отношения между С. и реакцией понимались механистически: к С. относились преимущественно изменения среды («внешние воздействия»), а к реакциям — двигательные ответы организма. В действительности С. в психологии — это побуждение, эффект которого опосредствован психикой человека, его взглядами, чувствами, настроением, интересами, стремлениями и т. д. С. не тождествен мотиву, хотя в ряде случаев может превращаться в мотив.

СТРАСТЬ — сильное, стойкое, всеохватывающее чувство, доминирующее над другими побуждениями человека и приводящее к сосредоточению на предмете С. всех его устремлений и сил. Причины формирования С. достаточно разнообразны — они могут определяться осознанными идейными убеждениями, исходить из телесных влечений, иметь патологическое происхождение (например, в случае паранойяльного развития личности) (см. Психопатии, Фанатизм). С. может быть принята, санкционирована личностью, а может осуждаться ею, переживаться как нечто нежелательное, навязчивое. Основным признаком С. является ее действенность, слияние волевых и эмоциональных моментов. Объединение С. и нравственного, разумного начала в человеке нередко выступает движущей силой великих дел, подвигов, открытий.

СТРАХ — эмоция, возникающая в ситуациях угрозы биологическому или социальному существованию индивида и направленная на источник действительной или воображаемой опасности. В отличие от боли и других видов страдания, вызываемых реальным действием опасных для существования факторов, С. возникает при их предвосхищении. В зависимости от характера угрозы интенсивность и специфика переживания С. варьирует в достаточно широком диапазоне оттенков (опасение, боязнь, испуг, ужас). Если источник опасности является неопределенным или неосознанным, возникающее состояние называется тревогой. Функционально С. служит предупреждению субъекта о предстоящей опасности, позволяет сосредоточить внимание на ее источнике, побуждает искать пути ее избегания. В случае, когда С. достигает силы аффекта (панический страх, ужас), он способен навязать стереотипы поведения (бегство, оцепенение, защитная агрессия). В социальном развитии человека С. выступает как одно из средств воспитания: например, сформированный С. осуждения используется как фактор регуляции поведения. Неадекватные реакции наблюдаются при различных психических заболеваниях (см. Фобии).

СТРЕМЛЕНИЕ — первичное побуждение, чувственное переживание потребности, тяготение к объекту. В зависимости от меры осознания С. как динамическая тенденция выражается в виде влечения или желания.

СТРЕСС (англ. stress — напряжение) — 1) «неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование» (Г. Селье); 2) неспецифический ответ, функциональное состояние напряжения, реактивности организма, возникающее у человека и животных в ответ на воздействие стрессора — значительных по силе при действии экстремальных или патологических для организма человека или животного раздражителей; 3) сильное неблагоприятное, отрицательно влияющее на организм воздействие (синоним стрессор); 4) сильная неблагоприятная для организма физиологическая или психологическая реакция на действие стрессора; 5) сильные реакции организма (как благоприятные, так и неблагоприятные). Понятие было введено канадским физиологом Г. Селье (1936). В современной научной литературе используются преимущественно первое и второе значение термина — С.

СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ (posttraumatic stress disorder) — психическое состояние человека, характеризующееся комплексом взаимосвязанных признаков {симптомов}, возникающих у человека как следствие

экстремального травматического стрессового воздействия (см. Стресс). К травматическим событиям относятся: участие в боевых действиях, насильственные нападения на личность (сексуальное или физическое насилие, ограбление, групповое нападение), киднеппинг, пребывание в качестве заложника, террористические нападения, пытки, содержание в концентрационных лагерях в качестве военнопленных, разного рода катастрофы, ситуации, когда человеку ставится диагноз неизлечимой, опасной для жизни болезни и т. п. С. р. п. может быть особенно тяжелым и длительным, когда его причиной являются действия других людей (например, изнасилование). Вероятность развития С. р. п. может увеличиваться в соответствии с близостью и увеличением интенсивности стрессора. Для определения выраженности С. р. п. у человека используются специальные диагностические критерии, внесенные в американский диагностический психиатрический стандарт (Diagnostical and Statistical Mannual of Mental Disorder-DSM-IV), а также в международный классификатор болезней (МКБ-10).

СТРЕССОР (синоним стресс-фактор, стресс-ситуация) — чрезвычайный или патологический раздражитель, значительное по силе и продолжительности неблагоприятное воздействие, вызывающие стресс. Раздражитель становится С. ли' в силу приписываемого ему человеком значения (когнитивной интерпретации), либо через низшие мозговые сенсорные механизмы, через механизмы пищеварения и метаболизма. Существуют различные классификации С. В наиболее общей форме различают С. физиологические (чрезмерные боль и шум, воздействие экстремальных температур, прием ряда лекарственных препаратов, например, кофеина или амфетаминов) и психологические (информационная перегрузка, соревнование, угроза социальному статусу, самооценке, ближайшему окружению и др.).

СТРУКТУРА (от лат. structura — взаиморасположение, строение) — совокупность устойчивых связей между множеством компонентов объекта, обеспечивающих его целостность и тождество самому себе. Представление о С. предполагает рассмотрение объекта как системы (см. Системности принцип). Конфигурация и характер связей внутри системы и является ее С, остающейся неизменной при изменениях (в определенных пределах) системы, например, при изменениях состава элементов. В психологии принцип С. восходит к работам Х. Эренфельса, описавшего перцептивные С. (см. Перцепция, Перцептивные действия), которые относятся к воспринимаемому объекту в целом и не могут быть объяснены из комбинации его элементов. Непосредственное развитие эти исследования получили в гештальтпсихологии. В отечественной психологии принцип С. связан с

пониманием предметной деятельности.

СТРУКТУРНАЯ ПСИХОЛОГИЯ — направление, считавшее предметом психологии элементы сознания и структурные отношения между ними, выявляемые посредством специально тренируемой интроспекции (самонаблюдения). Возникло в начале XX в. Восходит к В. Вундту, но приобрело статус особой школы благодаря американскому психологу Э. Титченеру и его последователям. В структуре сознания различались три категории элементов: ощущение (как простейший процесс, обладающий качеством, интенсивностью, отчетливостью и длительностью), образ и чувство (в его элементарной форме). Предметный характер восприятия отрицался и относился за счет «ошибки стимула», т. е. подмены испытываемых своих реально испытываемых ощущений знанием о вызвавшем их внешнем раздражителе. С. п. была подвергнута критике гештальт-психологией за трактовку сознания как устройства «из кирпичей и цемента» и функциональной психологией за игнорирование действенной роли сознания в организации реальной деятельности человека, но эта критика ничего не меняла в общей идеалистической трактовке сознания, принятой также и указанными направлениями.

СТЫД — эмоция, возникающая в результате осознания человеком реального или мнимого несоответствия его поступков или тех или иных индивидуальных проявлений принятым в данном обществе и разделяемым им самим нормам, требованиям морали. С. может быть связан с поведением или проявлением личностных черт других, как

правило, близких людей (С. за другого). С. переживается как неудовлетворенность собой, осуждение или обвинение себя. Стремление избежать подобных переживаний является мощным мотивом поведения, направленного на самосовершенствование, приобретение знаний и умений, на развитие способностей. Различные люди имеют различные пороги С, обусловленные ценностными ориентациями, направленностью каждой личности и связанной с этими особенностями чувствительностью к мнениям, оценкам окружающих людей. Фокусируя внимание субъекта на собственных поступках и качествах, С. способствует развитию самосознания, самоконтроля, самокритичности и считается самой рефлектирующей (см. Рефлексия) эмоцией. Повышая чувствительность субъекта к оценкам окружающих людей, С. участвует в регуляции общения (облегчая или затрудняя межличностные контакты). С. — полностью социально обусловленная эмоция, формирующаяся в онтогенезе в ходе сознательного усвоения этических норм и правил поведения конкретного общественного строя, конкретной культуры.

СУБЛИМАЦИЯ (от лат. *sublimo* — возношу) — процесс и один из основных защитных механизмов психики преобразования энергии сексуального влечения (либидо), характеризующийся заменой сексуальной цели на цель к более отдаленную и более ценную в социальном отношении». Понятие С. было введено З. Фрейдом в 1900 году. Согласно тестовому анализу С. является одним из основных источников художественного творчества и интеллектуальной деятельности и обеспечивает их энергетическую основу.

СУБСЕНСОРНОЕ ВОСПРИЯТИЕ (от лат. *sub* — под и *sensus* — чувство, ощущение) — форма непосредственного психического отражения действительности, обуславливаемая такими раздражителями, о влиянии которых на его деятельность субъект не может дать себе отчета, одно из проявлений бессознательного. При анализе проблемы определений порогов ощущения обнаружены факты воздействия на поведение незнанных раздражителей (И. М. Сеченов, Г. Т. Фехнер). В современной науке для их обозначения были предложены понятия «предвнимание» (У. Найссер) и «субсенсорная область» (Г. В. Гершуни). Процессы предвнимания, будучи связаны с переработкой информации за пределами произвольно

контролируемой деятельности, обеспечивают приспособительную реакцию на те или иные еще не распознанные изменения ситуации. Субсенсорной областью названа зона раздражителей (неслышимых звуков, невидимых световых сигналов и т. п.), вызывающих непроизвольную объективно регистрируемую реакцию и способных осознаваться при придании им сигнального значения. Изучение процессов предвнимания и субсенсорных раздражителей позволяет выявить резервные возможности органов чувств человека.

СУБЪЕКТ (от лат. *subjectum* — подлежащее) — индивид или группа как источник познания и преобразования действительности; носитель активности, осуществляющий изменение в других людях и в себе самом как другом. Субъектность человека проявляется в его витальности, деятельности, общении, самосознании. С. есть целеполагающее, целостное, свободное, развивающееся существо.

СУБЪЕКТИВНОЕ — 1) Принадлежащее человеку как субъекту. В этом исходном смысле у людей все психическое объективно существует только как субъективное, т. е. как присущее индивиду. Нет ничьих ощущений, чувств и т. д. Субъективной является всякая психическая деятельность — в том числе и та, в ходе которой человек раскрывает объективную реальность и которая выражается в объективной истине. 2) Неадекватное объекту познания и действия, предвзятое, одностороннее и т. д. (отсюда субъективизм, субъективистское и т. д.). Психологическая наука изучает объективные закономерности субъективного в обоих этих смыслах. Каждый человек, используя субъективное в первом значении термина, стремится преодолеть субъективное во втором его значении (но, к сожалению, это не всегда удается). В науке разработана система методов, подходов, методик, процедур и т. д., призванных преодолеть субъективизм в этом втором значении (см. Тренинг социально-психологический).

СУБЪЕКТИВНОЕ СЕМАНТИЧЕСКОЕ ПРОСТРАНСТВО (от лат. *subjectum* — подлежащее и греч. *semantikos* — обозначающий) — модель категориальной (см. Категоризация) структуры индивидуального сознания, на основе которой осуществляется классификация каких-либо объектов, понятий и т. п. путем анализа их значений. Размещение в семантическом пространстве тех или иных значений позволяет проводить их анализ, судить об их сходстве и различии. Математически С. с. п. выражается с помощью координатных осей и точек и вычисления расстояния между ними. Построение С. с. п. как метода исследования и как модельного представления категориальных структур получило широкое распространение в области психологии памяти (семантические модели долговременной памяти), психологии мышления и теории принятия решения. Этот метод находит также применение в дифференциальной психологии, в исследовании когнитивных (познавательных) аспектов сознания и самосознания личности.

СУГГЕСТИЯ (от лат. *suggestio* — внушение, намек) — см. Внушение.

СУДЕБНАЯ ПСИХОЛОГИЯ — область юридической психологии, изучающая круг вопросов, относящихся к судопроизводству: психологию судей, следователей и других работников правоохранительных органов и адвокатуры, психологическое содержание их профессиональной деятельности, методы отбора и обучения, психологию обвиняемых, свидетелей, потерпевших, психологию свидетельских показаний, психологические основы следственных и судебных действий (допроса, очной ставки и др.), оперативно-розыскной деятельности; методологию и методику судебно-психологической экспертизы (см. Психология допроса и показаний).

СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА (от лат. *expertus* — опытный) — одна из главных форм практического применения специальных психологических познаний в уголовном процессе. Проводится по постановлению следователя или определению суда в соответствии с нормами

уголовно-процессуального кодекса в отношении психически здоровых обвиняемых, свидетелей и потерпевших. Общий предмет С.-п. э. — особенности психической деятельности, исследование которых имеет значение для установления истины по уголовным делам. Частными предметами С.-п. э. могут быть: наличие или отсутствие у обвиняемого в момент совершения преступления аффекта, принципиальная способность свидетелей и потерпевших (в первую очередь детей) правильно воспринимать важные для дела обстоятельства и давать о них правильные показания и др.

СУЖДЕНИЕ — одна из логических форм мышления (см. также Понятие, Умозаключение). С. есть связь между двумя понятиями (субъектом и предикатом). В логике разрабатываются классификации С. Психология изучает развитие С. как формы абстрактного, логического мышления, а также нарушения логического мышления. В психологической литературе даются интерпретации тех психологических механизмов, которые лежат в основе связи понятий между собой.

СУИЦИД (от англ. suicide — самоубийство) — акт самоубийства, совершаемый человеком в состоянии сильного душевного расстройства либо под влиянием психического заболевания (см. Психозы), осознанный акт устранения из жизни под воздействием острых психотравмирующих ситуаций (см. Травма психическая), при которых собственная жизнь как высшая ценность теряет для данного человека смысл. Причины С. многообразны и коренятся не только в личностных деформациях субъекта и психотравмирующей обстановке, окружающей его, но и в социально-экономической и нравственной организации общества. В нашей стране и за рубежом для предупреждения С. созданы специальные суицидологические службы, «телефоны доверия», центры кризисной психотерапии.

СУКЦЕССИВНЫЙ (от англ. successive — последующий, следующий один за другим) — термин общей психологии, означающий развернутую последовательность протекания какого-либо процесса. Например, речь или движение, руки представляют собой С. процесс, однако при некоторых психопатологиях (см. Персеверация) С. процесс может нарушаться, и тогда у больного наблюдаются сбои при переключении

от одного движения к другому, проявляется инертность, речевые затруднения и т. п. (см. также Симультанный).

СУРДОПСИХОЛОГИЯ (от лат. surdus — глухой, глухо-звучащий) — раздел специальной психологии, изучающий психическое развитие глухих и слабослышащих людей, возможности коррекции слуха в условиях обучения и воспитания. С. исследует пути предотвращения немоты у людей с дефектами слуха, исключающими нормальное речевое общение, выявляет особенности их познавательной деятельности, выясняет компенсаторные возможности замены слухового восприятия зрительным восприятием, вибрационными ощущениями и т. п., изучает особенности мышления, памяти и других психических процессов, формирующихся в условиях отсутствия или недоразвитости слуховых ощущений. Учет данных С. — необходимое условие организации обучения и воспитания глухих и слабо слышащих детей, их производственной подготовки и трудоустройства.

Т-ГРУППА (от англ. training group — группа тренинга) — малая группа, создаваемая для обучения базовым межличностным умениям. К таковым относят: умение распознавать и оценивать индивидуальные, групповые, межличностные проблемы; коммуникативные умения (см. Коммуникация); развитие самопознания. Возникновение Т-г. относится к 1947 г. и связано с классическими исследованиями К. Левина в области групповой динамики. Психологи клинической ориентации в подобной групповой работе обычно акцентируют индивидуальные проблемы участников, социальные психологи — проблемы личностных ресурсов эффективной деятельности организаций. В любом случае принципиальным оказывается совершенствование понимания

участниками групповых процессов, развитие чувствительности к ним (отсюда еще один используемый термин — тренинг чувствительности). Т-г. относятся к совокупности методов так называемого экспериментального обучения — т. е. обучения посредством переживания, опыта. Основными составляющими подобной групповой реальности являются открытое предъявление участников друг другу, интенсивная безоценочная межличностная обратная связь, опробирование новых форм общения. Роль ведущего, называемого тренером или фасилитатором (см. Фасилитация социальная), состоит прежде всего в создании доверительного и в этом смысле психологически безопасного, поддерживающего группового климата. Последнее делает возможным включение участников в самоисследование и исследование складывающегося группового процесса.

ТАБУ (от полинез. — запрет) — запрет (или совокупность запретов) светского или религиозного характера, налагаемый на какой-либо предмет, Действие, слово и т. п., нарушение которого влечет за собой социальные или «религиозно-мистические» санкции в виде наказания, болезни или смерти. В психоанализе З. Фрейда Т. истолковывается как инструмент и механизм строительства культуры, которое начинается с ограничения влечений и запрета на инцест и убийство.

ТАКСИСЫ (от греч. taxis — расположение по порядку) — ориентирующие компоненты поведенческих актов, врожденные способы пространственной ориентации в сторону благоприятных (положительные Т.) или неблагоприятных (отрицательные Т.) условий среды. У растений аналогичные реакции выражаются в изменениях направления роста (тропизмы.). По модальности воздействий различают фото-, хемо-, термотаксисы и т.д. Т. одноклеточных и многих низших многоклеточных животных представлены ортотаксисами (изменение скорости передвижения) и клинотаксисами (изменение направления передвижения на определенный угол). У животных с развитой центральной нервной системой и симметрично расположенными органами чувств возможен, кроме того, активный выбор направления передвижения и сохранение этого направления (топотаксисы). Они являются постоянными компонентами даже наиболее сложных форм поведения.

ТАКСОЙ (от лат. taxare — оценивать) — совокупность дискретных объектов, связанных определенной общностью свойств и признаков, характеризующих эту совокупность (см. Этология).

ТАЛАНТ (от греч. talanton — первоначально вес, мера, потом в переносном значении — уровень способностей) — высокий уровень развития способностей, прежде всего специальных (см. Способности специальные). О наличии Т. следует судить по результатам деятельности человека, которые должны отличаться принципиальной новизной, оригинальностью подхода. Т. человека, направляясь выраженной потребностью в творчестве, всегда отражает определенные общественные запросы.

ТАНАТОС (Фанатос, Танат, Фанат; от греч. thanatos — смерть) — 1) бог смерти; 2) олицетворение смерти; 3) персонифицированное обозначение инстинкта смерти, влечения к смерти, инстинкта и влечения к агрессии и деструкции. Как общее символическое обозначение смерти Т. получил разнообразные отражения в мифологии, искусстве и психологии (главным образом в психоанализе).

ТАРД Габриель (1843-1904) — французский психолог, социолог и криминолог. Под влиянием получивших широкую популярность исследований роли внушения и гипнотизма (см. Гипноз) выдвинул концепцию, согласно которой основой социальных связей личности служат три фактора: подража-пш, изобретение и оппозиция (противодействие инновациям). Среди этих факторов доминирующим является подражание («Законы подражания», 1890) как основа ассимиляции индивидом установок, верований (см. Вера), чувств других людей. Внушенные извне мысли и эмоции определяют характер

душевной деятельности как в состоянии сна, так и при бодрствовании. Групповое поведение Т. трактовал как гипнотизацию множества людей, основанную на имитации, а само это поведение как одну из форм сомнамбулизма. Вес, что человек умеет делать, не учась на чужом примере (ходить, сеть п др.), относится к разряду физиологических явлений, а обладание какой-либо походкой, предпочтение определенной еды и т. п. — результат социальной жизни. В качестве криминолога выступал против версии о врожденном характере преступных намерений и действий, считая их продуктом отношений в общественной среде.

ТВОРЧЕСТВО — деятельность, результатом которой является создание новых материальных и духовных ценностей. Будучи по своей сущности культурно-историческим явлением, Т. имеет психологический аспект: личностный и процессуальный. Оно предполагает наличие у личности способностей, мотивов, знаний ж умений, благодаря которым создается продукт, отличающийся новизной, оригинальностью, уникальностью. Изучение этих свойств личности выявило важную роль воображения, интуиции, неосознаваемых компонентов умственной активности, а также потребности личности в самоактуализации, в раскрытии и расширении своих созидательных возможностей. Английский ученый Г. Уоллес выделил четыре стадии процессов Т.: подготовку, созревание, озарение и проверку. Центральным, специфически творческим моментом считалось озарение — интуитивное схватывание искомого результата. Экспериментальные исследования показали, что интуитивное решение возникает в предметной деятельности, доступной объективному анализу. Выделяя специфику психической регуляции процесса Т., К. С. Станиславский выдвинул представление о сверхсознании как высшей концентрации духовных сил личности при порождении продукта Т. (см. Надсознательное). С развитием кибернетики предпринимаются попытки моделировать процессы Т. на ЭВМ (эвристическое программирование). Вместе с тем передача техническим устройствам доступных формализации умственных операций резко повысила интерес к процессам Т., которые не могут быть формализованы. Зависимость от них научно-технического прогресса (открытий, изобретений и т. д.) направила усилия психологов на разработку методов диагностики творческих способностей и стимуляции Т. (см., например, Мозговая атака). Обусловленность Т. той сферой культуры, в которой оно реализуется (производство, техника, искусство, наука, политика, педагогика и др.), требует выявить своеобразие психологии Т. в каждой из них, а также характер отношений между ними.

ТЕКСТ — законченное, целостное в содержательном и структурном отношении речевое произведение: продукт порождения (производства) речи, отчужденный от

субъекта речи (говорящего) и, в свою очередь, являющийся основным объектом ее восприятия и понимания. Нередко под Т. понимают только письменный Т., то есть продукт письменной речи; однако и структурные, в частности языковые (лингвистические), закономерности построения Т. и закономерности его социального функционирования являются принципиально общими для устной и письменной речи. Любой Т., воспринимаемый как «нормальный», обладает признаками цельности и связности. В патологических случаях (например, при некоторых видах шизофрении) порождаемый больным Т. теряет цельность, сохраняя связность. Восприятие Т. предполагает выделение в нем структурно-смысловых опор. Любой Т. удовлетворяет требованиям конситуативности (соотнесенности с ситуацией общения) и контекстуальное (соотнесенности с другими Т.); с другой стороны, Т. является контекстах для входящих в его состав отдельных высказываний. В предельном случае Т. может являться и изолированное высказывание вплоть до однословного.

ТЕМПЕРАМЕНТ (от лат. *temperamentum* — надлежащее соотношение частей, соразмерность) — характеристика индивида со стороны его динамических особенностей: интенсивности, скорости, темпа, ритма психических процессов и состояний. Два компонента Т. — активность и эмоциональность присутствуют в большинстве классификаций и теорий Т. Активность поведения характеризует степень энергичности, стремительности, быстроты и, наоборот, медлительности, инертности, а эмоциональность — особенности протекания эмоций, чувств, настроений и их качество: знак (положительный, отрицательный) и модальность (радость, горе, страх, печаль, гнев и т. д.). Различают собственно Т. как определенное устойчивое сочетание психодинамических свойств, проявляющихся в Деятельности и поведении, и его органическую основу. Известны три основные системы объяснений ее сущности, из которых две первые имеют лишь исторический интерес. Первая (гуморальная) связывала состояние организма с соотношением различных соков (жидкостей), в связи с чем выделялись четыре типа Т.: сангвинический, холерический, меланхолический, флегматический (Гитатеократ, Гален и др.); вторая (конституциональная) исходит из различий в конституции организма — его физического строения, соотношения его отдельных частей, различных тканей (Кречмер, Шелдон и др.); третья связывает типы Т. с деятельностью центральной нервной системы. Учение И. П. Павлова о влиянии центральной нервной системы на динамические особенности поведения выделяет три основных свойства нервной системы. — силу, уравновешенность, подвижность возбудительного и тормозного процессов — и четыре основных типичных их сочетания в виде четырех типов высшей нервной деятельности: 1) сильный, уравновешенный, подвижный, 2) сильный, уравновешенный, инертный; 3) сильный, неуравновешенный; 4) слабый. Первому типу соответствует Т. сангвиника, второму — флегматика, третьему — холерика, четвертому — меланхолика. Исследования Б. М. Теплова и В. Д. Небылицына показали, что структура основных свойств нервной системы много сложнее, а число комбинаций гораздо больше, чем это ранее представлялось. Тем не менее указанные четыре типа Т. как наиболее обобщенные могут быть использованы для изучения индивидуальности. Т. относительно устойчив и мало подвержен изменениям под влиянием среды и воспитания, однако он изменяется в онтогенезе. Свойства Т. могут как благоприятствовать, так и противодействовать формированию определенных черт личности, поскольку Т. может модифицировать значение факторов среды и воспитательных воздействий, от которых в решающей степени зависит формирование личности.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ — отрасль науки, предметом которой служат принципы и основания построения психологических теорий. Т. п. трактует психологическое познание как особый вид деятельности, реализующий посредством категориального аппарата, состоящего из наиболее общих, не сводимых к другим и невыводимых из других понятий. Система этих понятий включает базовые (такие, например, как образ, действие, мотив и др.) и метапсихологические. Последние интегрируют базовые психологические категории с категориями науки об обществе и природе (к ним, например, относятся «сознание», «деятельность», «личность» и др.). Посредством категориального аппарата, опираясь на общенаучные объяснительные принципы {детерминизма, системности, развития}, психологическая мысль открывает и осваивает исторические пути разработки своих основных проблем психофизической, психофизиологической, психогностической, психосоциальной и др.). Т. п. как способ самопознания наукой закономерностей и логики собственного развития служит ориентировочной основой любых направлений практической психологии.

ТЕПЛОВ Борис Михайлович (1896-1965) — российский психолог. В ранний период творчества провел цикл исследований в области психологии

восприятия. В дальнейшем занимался проблемами психологии индивидуальных различий (см. Дифференциальная психология). Разработал психологическую концепцию способностей и продемонстрировал способы их эмпирического анализа в конкретных видах человеческой деятельности ('«Способности и одаренность», 1941; «Психология музыкальных способностей», 1940; «Ум полководца», 1943 и др.). Используя концепцию И. П. Павлова о типах высшей нервной деятельности, создал исследовательскую программу по изучению физиологических основ индивидуально-психологических различий человека, которая способствовала созданию нового междисциплинарного направления — дифференциальной психофизиологии. («Проблемы индивидуальных различий», 1961).

ТЕРМЕН Льюис (1877-1955) — американский психолог. Один из основоположников учения о психологических тестах. Развил идеи А. Бине; разработал шкалу измерения интеллекта (тест Бине—Термена), ставшую стандартной. В период первой мировой войны с целью массового обследования новобранцев применял этот тест, а также ряд других психометрических средств, включив наряду с вербальными невербальные задачи. Разработал и реализовал программу лонгитюдности изучения большого контингента одаренных детей (см. Лонгитюдные исследования).

ТЁРСТОУН Луис (1887-1955) — американский психолог. Основное направление исследований — применение статистики к решению психологических проблем. Инициатор разработки и использования в различных областях психологии факторного анализа («Векторы психики», 1935), с помощью которого исследовался большой массив тестов, диагностирующих различные виды способностей (как перцептивных, так и интеллектуальных). Считал, что интеллект построен из нескольких первичных способностей: вербальной; перцептивной; особой способности восприятия пространства, памяти, рассуждения и беглой речи. Наличие единого общего фактора, характеризующего интеллект, Т. отрицал. Он автор многих процедур статистической обработки психологических данных и школ (в том числе — шкалы установок, получившей широкое применение в социальной психологии). Большое внимание уделял вопросам психологии творчества, в частности измерению способностей к инициативному и самостоятельному решению задач, требующих высокого уровня сообразительности.

ТЕСТ (от англ. test — проверка) — стандартизованная измерительная методика, направленная на выявление скрытого свойства интересующего объекта путем одного или нескольких кратких испытаний (заданий), обладающих максимальной информативностью. Т. существуют и активно используются не только в психологии, но в медицине, педагогике, технике. Т. в психодиагностике — это технологическая альтернатива произвольным субъективным оценкам, с одной стороны (они слишком зависят от личности оценщика), и чрезмерно громоздким экспериментальным процедурам и реальному «полевому» наблюдению (наблюдению за реальной деятельностью в реальных, а не в лабораторных условиях) — процедурам, которые оказываются слишком дорогостоящими и длительными.

ТЕСТИРОВАНИЕ (от англ. test — опыт, проба) — метод психологической диагностики, использующий стандартизированные вопросы и задачи (тесты), имеющие определенную шкалу значений. Применяется для стандартизированного измерения индивидуальных различий. Существуют три основные сферы Т.: а) образование — в связи с увеличением продолжительности обучения и усложнением учебных программ; б) профессиональная подготовка и отбор — в связи с увеличением темпа роста и усложнением производства; в) психологическое консультирование — в связи с ускорением социодинамических процессов. Т. позволяет с известной вероятностью определить актуальный уровень развития у индивида необходимых навыков, знаний, личностных характеристик и т. д.

Процесс Т. может быть разделен на три этапа: 1) выбор теста (определяется целью Т. и степенью достоверности и надежности теста); 2) его проведение (определяется инструкцией к тесту); 3) интерпретация результатов (определяется системой теоретических допущений относительно предмета Т.). На всех трех этапах необходимо участие квалифицированного психолога.

ТЕСТОЛОГИЯ (от англ. test — проба, греч. logos — знание) — междисциплинарная наука о создании качественных и научно обоснованных измерительных диагностических методик. В психологии содержание Т. во многом совпадает с содержанием дифференциальной психометрики. Но принципы и методы Т. выходят за рамки психологии. Они широко применяются в других отраслях науки и практики — в педагогике, медицине, технике, менеджменте (профессиональный отбор). В каждой из этих отраслей методы Т. имеют общие черты, связанные с обеспечением таких свойств тестовых методик, как валидность, надежность, эффективность и т. п. Но есть и определенная специфика, связанная со спецификой предмета тестирования (профессиональные и общеобразовательные знания, комплекс медицинских симптомов и т.п.) и условий сбора эмпирической информации. Так как метод тестов не исчерпывает собой все многообразие методов современной психодиагностики, неправильно отождествлять тестологию с психодиагностикой.

ТЕСТЫ ДОСТИЖЕНИЙ — одна из методик психологической диагностики, выявляющая степень владения испытуемым конкретными знаниями, умениями, навыками. Т. д. близки тестам специальных способностей (см. Тесты креативности), однако, в отличие от них, выявляют то, что испытуемым усвоено, а не обобщенные умения, не имеющие конкретного содержания и возникшие в итоге разнообразного жизненного опыта.

ТЕСТЫ ИНТЕЛЛЕКТА — методики психологической диагностики, предназначенные для выявления умственного потенциала индивида. В большинстве Т. и. испытуемому на специальном бланке предлагается установить указанные инструкцией логические отношения классификации, аналогии, обобщения и др. между терминами и понятиями, из которых составлены задачи теста. Иногда задачи строятся из рисунков, геометрических фигур и т. п. Успешность испытуемого определяется числом правильно выполненных задач, по нему выводится коэффициент интеллектуальности. При этом успешность испытуемого всегда и неизбежно связана с тем, насколько в своем предшествующем опыте он усвоил термины и понятия, из которых построены задачи теста, насколько были им усвоены именно те умственные действия, которые необходимы для решения задач теста, и может ли он эти действия произвольно актуализировать; наконец, насколько сложившиеся у испытуемого в его прошлом опыте мыслительные стереотипы пригодны для решения задач теста. Таким образом, результаты тестирования выявляют не умственный потенциал испытуемого, а те особенности его прошлого опыта, обученности, которые неминуемо сказываются на его работе над тестом. Это обстоятельство послужило основанием для того, чтобы называть результаты, получаемые при применении Т. и., «тестовым» или «психометрическим» интеллектом. По существу, «тестовый» интеллект показывает уровень умственного развития индивида, критерием которого выступает набор понятий, терминов и логических отношений между ними, предложенных автором конкретных Т. и. Понятно, что этот набор неправомерно считать критерием для индивидов, представляющих разнообразные культуры и субкультуры. Различные модификации Т. и. находят применение в теоретических исследованиях и в практике дефектологии, для результатов тестирования созданы особые способы обработки.

ТЕСТЫ КРЕАТИВНОСТИ (от лат. creatio — сотворение, создание) — совокупность методик для изучения и оценки творческих способностей

личности.

Способность порождать необычные идеи, отклоняться от традиционных схем мышления, быстро решать проблемные ситуации была выделена среди интеллектуальных способностей в особый тип и названа креативностью. Изучение факторов творческих достижений ведется в двух направлениях: анализ жизненного опыта и индивидуальных особенностей творческой личности (личностные факторы); анализ творческого мышления и его продуктов (факторы креативности — беглость, четкость, гибкость мышления, чувствительность к проблемам, оригинальность, изобретательность, конструктивность при их решении и др.). Вопрос о креативности как о самостоятельном, независимом от интеллекта свойстве пока остается нерешенным. Не найдены и надежные способы измерения креативности.

ТЕСТЫ КРИТЕРИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ — методики психодиагностики, выявляющие, насколько испытуемый владеет знаниями, навыками умственных действий, которые необходимы и достаточны для выполнения определенных классов учебных или профессиональных заданий. Критерием служит наличие или отсутствие этих знаний. По своей сущности Т. к.-о. представляют собой инструмент обратной связи в организации процессов обучения. Т. к.-о. конструируются на основе анализа логико-психологической структуры критерия. Между методикой и критерием заранее предусматривается психологическое соответствие, релевантность. Результаты тестирования, проведенного с помощью этих методик, оцениваются не по порядковому месту испытуемого в выборке и не по отношению к статистической норме, а по отношению этих результатов ко всей сумме тестовых задач. Каждая из задач построена из ключевых понятий и терминов критерия, с которыми испытуемому предлагается выполнить логические операции. Этим индивидуальные оценки по Т. к.-о. отличаются от таких же оценок, получаемых при традиционном тестировании интеллекта и способностей

ТЕСТЫ ЛИЧНОСТНЫЕ — методы психодиагностики, с помощью которых измеряются различные стороны личности индивида: установки, ценности, отношения, эмоциональные, мотивационные и межличностные свойства, типичные формы поведения. Известно несколько сот разновидностей Т. л., в связи с чем крайне важно их верное понимание, толкование и ответственное использование результатов. Т. л. обычно имеют одну из трех форм: 1) шкалы и опросники (см. Опросники личностные, Шкалы установок и др.); 2) ситуационные тесты, или тесты действия, использующие перцептивные, когнитивные или оценочные задачи, оценку себя, своих личностных конструктов и пр.; 3) проективные методы (см. Тесты проективные). Имеются тесты и смешанных форм (см. Принцип отраженной субъектности). Дальнейшее развитие Т. л. связано с учетом влияния специфики ситуации на поведение личности.

ТЕСТЫ ПРОЕКТИВНЫЕ (от лат. *projectio* — выбрасывание вперед) — совокупность методик целостного изучения личности, основанного на психологической интерпретации результатов проекции. Под последней в данном случае понимается не только средство психологической защиты (см. Защита психологическая), но и обусловленность процессов восприятия следами памяти всех прошлых восприятий. Субъект, оказавшийся в какой-либо ситуации, в своем восприятии преобразует ее сообразно своей индивидуальности (например, интерпретирует рисунок в соответствии со своими личностными особенностями). Различают ассоциативные Т. п. (например, незаконченные предложения или рассказы), экспрессивные {психодрама, рисование на свободную тему, игра и др.). Один из наиболее распространенных ассоциативных Т. п. разработан Г. Роршахом. Он отобрал 10 стимулов — чернильных пятен, реакции на которые оказались наиболее характерными. Пятна одно за другим предъявляются испытуемому, который

должен сказать, на что они похожи, о чем они ему напоминают. Многие психологи рассматривают Т. п-как наиболее ценные личностные тесты (см. Методы, исследования, личности), ибо они «портретируют» всю индивидуальность, позволяют изучить эмоциональные особенности испытуемого, невротические реакции (см. Неврозы) и т. п. Большим достоинством Т. п. является то, что они облегчают демонстрацию таких содержаний

внутреннего мира субъекта, которые он часто не в состоянии выразить прямо, и позволяют сориентироваться в сложных свойствах личности, не поддающихся точной оценке. Т. п. требуют широкой теоретической подготовки психолога и практического опыта по применению методики.

ТИП ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (Тип нервной системы) — совокупность свойств нервной системы, составляющих физиологическую основу индивидуального своеобразия деятельности человека и поведения животных. Понятие о Т. в. н. д. ввел в науку И. П. Павлов. Первоначально оно трактовалось как «картина поведения» животного, в дальнейшем стало рассматриваться как результат определенного сочетания выделенных Павловым свойств нервной системы — силы, подвижности и уравновешенности. На этой основе он определил четыре основных Т. в. н. д.:

1) сильный, неуравновешенный или «безудержный»; 2) сильный, уравновешенный, инертный или медлительный; 3) сильный, уравновешенный, подвижный или живой; 4) слабый. В соответствии с этими типами ставились четыре темперамента, описанные еще в античности: 1) холерический, 2) флегматический, 3) сангвинический, 4) меланхолический. Выделенные в исследованиях на животных Т. в. н. д. Павлов считал общими у человека и животных. Кроме того, им была предложена классификация специфически человеческих Т. в. н. д., основанная на соотношении двух сигнальных систем: 1) художественный (преобладание первой сигнальной системы); 2) мыслительный (преобладание второй сигнальной системы); 3) средний. Дальнейшие исследования школы Б. М. Теплова — В. Д. Небылицына, обнаружившие сложный и многомерный характер свойств нервной системы, показали упрощенность павловской классификации общих Т. в. н. д. человека, одновременно создав предпосылки для выработки нового представления о физиологических основах индивидуально-психологических различий человека. Положение о специфически человеческих Т. в. н. д. находит свое подтверждение в современных психофизиологических исследованиях функциональной асимметрии мозга (см. Дифференциальная психофизиология, Свойства нервной системы).

ТИТЧЕНЕР Эдвард (1867-1927) — американский психолог. Лидер структурной школы, считающей предметом психологии сознание, изучаемое посредством расчленения на элементы того, что дано субъекту в его интроспекции, с тем, чтобы затем выяснить всеобщие законы, по которым из них складывается структура. Под интроспекцией, согласно Т., следует понимать не обычное самонаблюдение, а особую, вырабатываемую специальной тренировкой способность описывать факты сознания как таковые, отвлекаясь от внешних предметов, представленных этим сознанием. Т. различал три категории элементов: ощущение (простейший процесс, обладающий качеством, интенсивностью, отчетливостью, деятельностью), образ и чувство. Отвергая выводы Вюрцбургской школы о том, что истинное мышление свободно от образов, Т. выдвинул контекстную теорию значения, согласно которой любое знание об объекте строится из совокупности чувственных элементов. В том случае, когда значительная часть элементов не осознается, она образует контекст, в котором имеется сенсорное ядро (особая роль придавалась мышечным ощущениям), берущее на себя функцию заместителя целого, его знака, приобретающего значение благодаря этому контексту.

ТИФЛОПСИХОЛОГИЯ (от греч. *typhlos* — слепой) — раздел специальной

психологии, изучающий психическое развитие слепых и слабовидящих людей, пути и способы его коррекции при обучении и воспитании. Т. изучает возможности компенсации нарушений зрительного восприятия с помощью других анализаторов (слуха и осязания), исследует психические особенности восприятия, памяти и мышления в условиях дефицита информации, связанного с отсутствием зрения или его слабостью. Особую часть Т. составляет изучение психологии слепоглухих людей с полной ранней потерей зрения и слуха, в обучении и развитии которых отечественная Т. и сурдопсихология добились заметных успехов (И. А. Соколянский, О. И. Скороходова, А.

И. Мещеряков). Использование результатов Т. позволяет на научной основе строить процесс обучения, воспитания и трудовой деятельности слепых и слабовидящих.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ (от лат. *tolerantia* — терпение) — отсутствие или ослабление реагирования на какой-либо неблагоприятный фактор в результате снижения чувствительности к его воздействию. Например, Т. к тревоге проявляется в повышении порога эмоционального реагирования (см. Эмоции) на угрожающую ситуацию, а внешне — в выдержке, самообладании, способности длительно выносить неблагоприятные воздействия без снижения адаптивных возможностей (см. Адаптация).

ТОЛМЕН Эдуард Чейс (1886-1959) — американский психолог, теоретик необихевиоризма. Разработал систему, соединявшую идеи бихевиоризма, гештальтпсихологии и фрейдизма. В противовес «строгому» бихевиоризму Дж. Уотсона доказывал, что поведение как животных, так и человека построено не из единиц типа «стимул — реакция», а из целостных актов, которые включают мотив и цель, различение свойств вещей и их структурных отношений, построение и проверку гипотез и т. п. Все эти внутренние моменты объединялись Т. в понятие «промежуточные переменные», т. е. факторы, действующие между непосредственными стимулами (внешними и внутренними) и итоговой реакцией. «Промежуточные переменные» мыслились Т. как образования физические, а не психологические. Исследования Т. внесли много нового в трактовку «классическим» бихевиоризмом процесса обучения. Преодолевая механистический взгляд на упражнение и подкрепление, свойственный бихевиоризму, Т. показал, что упражнение предполагает образование познавательных структур, а роль подкрепления может играть не только удовлетворение потребности, но и подтверждение ожидания. Процесс научения происходит и тогда, когда подкрепление отсутствует, например, при исследовании животным ситуации возможного действия («латентное научение»). Несмотря на известный прогресс по сравнению с предшествующими зарубежными теориями обучения, в концепции Т. можно найти методологические просчеты: закономерности поведения животных и человека отождествлялись, нейромеханизмы игнорировались как «ненаблюдаемое», целенаправленность действия не получала причинного объяснения («Целенаправленное поведение у животных и человека», 1932).

ТОЛПА — скопление людей, лишенных ясно осознаваемой общности целей и организации, но связанных между собой сходством эмоционального состояния и общим центром внимания. Основными механизмами формирования Т. и развития ее специфических качеств считаются циркулярная реакция (нарастающее обоюдонаправленное эмоциональное заражение), а также слухи. Выделяются четыре основных вида Т.: 1) окказиональная Т., связанная любопытством к неожиданно возникшему происшествию (дорожная авария и т. д.); 2) конвенциональная Т., связанная интересом к какому-либо заранее объявленному массовому развлечению (например, некоторые виды спортивных состязаний и т. д.) и готовая, часто лишь временно, следовать более или менее диффузным нормам поведения; 3) экспрессивная Т.,

совместно выражающая общее отношение к какому-либо событию (радость, энтузиазм, возмущение, протест и т. д.), ее крайнюю форму представляет экстагическая Т., достигающая вследствие взаимного ритмически нарастающего заражения состояния общего экстаза (как на некоторых массовых религиозных ритуалах, карнавалах, концертах рок-музыки и т. д.); 4) действующая Т., которая, в свою очередь, включает следующие подвиды: а) агрессивная Т. (см. Агрессия), объединенная слепой ненавистью к некоторому объекту (суд Линча, избиение религиозных, политических противников и т. д.); б) паническая Т., стихийно спасающаяся от реального или воображаемого источника опасности (см. Паника массовая)¹, в) стяжательная Т., вступающая в неупорядоченный непосредственный конфликт за обладание какими-либо ценностями (деньгами, местами в отходящем транспорте и т. д.); г) повстанческая Т., в которой людей связывает общее справедливое возмущение действиями властей, она нередко составляет атрибут революционных потрясений, и своевременное внесение

в нее организующего начала способно возвысить стихийное массовое выступление до сознательного акта политической борьбы. Отсутствие ясных целей, отсутствие или диффузность структуры порождают практически наиболее важное свойство Т. — ее легкую превращаемость из одного вида (подвида) в другой. Такие превращения часто происходят спонтанно, однако знание их типичных закономерностей и механизмов позволяет умышленно манипулировать поведением Т. в авантюристических целях, а с другой — сознательно предотвращать и прекращать ее особо опасные действия.

ТОПОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (или теория поля) (от греч *topos* — место, *logos* — учение) — концепция Я". Левина, согласно которой описание поведения, человека в окружающем мире может быть достигнуто путем использования особых математических понятий топологии — науки, изучающей пространственные преобразования, — и векторного анализа. За исходное принимается «жизненное пространство» индивида как целостное поле, внутри которого возникают и изменяются его психологические силы (стремления, намерения и т. п.), имеющие определенную направленность, величину и точки приложения (обозначаемые математически знаками). Одни районы «поля» притягивают индивида, другие отталкивают. Это качество объектов было названо их валентностью (положительной или отрицательной), характеризующей мотивационную структуру движимого силами «поля» поведения. Последнее является функцией целостной ситуации, включающей саму личность и ее психологическое «пространство» в котором локализованы цели, барьеры на пути к ним и т. д. Попытка Левина перестроить психологию на основе топологии успеха не имела, однако его трактовка мотивации как динамической «системы напряжений», в которой нераздельно представлены побуждения индивида и их объекты, легла в основание ряда экспериментальных моделей и методик, приведших к установлению важных психологических фактов и понятий (см. Эффект, незавершенного действия. Уровень притязаний).

ТОРМОЖЕНИЕ — активный, неразрывно связанный с возбуждением процесс, приводящий к задержке деятельности нервных центров или рабочих органов. В первом случае Т. называется центральным, во втором — периферическим. Центральное торможение открыто И. М. Сеченовым (1863). Это открытие оказало глубокое влияние на изучение не только нейродинамики, но и регуляции психических процессов. Периферическое Т. было обнаружено в 1840 г. братьями Эр. и Эд. Вебер, получившими задержку сердечных сокращений при ритмическом раздражении блуждающего нерва. Природа Т. длительное время оставалась неясной. Первоначально физиологи отождествляли его с пассивным состоянием или истощением соответствующих клеток. В настоящее время выявлено два различных способа торможения клеточной активности: Т. может либо быть результатом

активации особых тормозных структур, либо возникать как следствие предварительного возбуждения клетки.

ТОРМОЖЕНИЕ БЕЗУСЛОВНОЕ — разновидность коркового торможения¹, в отличие от условного торможения наступает без предварительной выработки. Т. б. включает в себя: 1) индукционное ('внешнее') торможение — экстренное превращение условно-рефлекторной деятельности (см. Условный рефлекс) при воздействии посторонних стимулов; биологическое значение его — преимущественное обеспечение ориентировочной реакции на неожиданно возникший раздражитель; 2) запредельное (охранительное) торможение, которое возникает при действии стимулов, возбуждающих соответствующие корковые структуры выше присущего им предела работоспособности, и обеспечивает тем самым реальную возможность ее сохранения или восстановления (см. Мозг; Свойства нервной системы).

ТОРМОЖЕНИЕ ЗАПРЕДЕЛЬНОЕ — см Торможение безусловное

ТОРМОЖЕНИЕ ПРОАКТИВНОЕ (от лат pro — раньше, activus — действующий) — интегральный нервный процесс, замедляющий научение вследствие того, что ответы, относящиеся к предыдущим элементам материала, тормозят ответы, относящиеся к последующим его элементам. Термин предложен французским психологом М. Фуко (1928), который опирался на введенное Ж. П. Павловым понятие внутреннего (условного) торможения, выделенное им наряду с внешним торможением (торможением какой-либо деятельности «ориентировочным» рефлексом, на посторонний раздражитель) и охранительным торможением (предохраняющим нервные центры от переутомления). Внутреннее торможение наблюдается при угасании условных рефлексов, а также их дифференцировании при образовании запаздывающих и следовых условных рефлексов. Влияние Т. п. на ответ тем сильнее, чем больший объем материала заучен до данного воспроизводимого элемента и чем более сложной и сходной с настоящей была предыдущая деятельность. В качестве синонима Т. и. иногда используется термин «прогрессивное (внутреннее) торможение».

ТОРМОЖЕНИЕ РЕТРОАКТИВНОЕ (от лат retro — назад, activus — действующий) — интегральный нервный процесс, замедляющий научение в результате того, что ответы на последующие элементы запоминаемого материала оказывают тормозящее влияние на ответы, относящиеся к предшествующим его элементам, т. е. происходит забывание ранее полученного материала под влиянием последующего заучивания. Термин «Т. р.» был предложен Фуко (1928). Многочисленными исследованиями установлено, что влияние Т. р. на ответ тем сильнее, чем большее число элементов было заучено после подлежащего воспроизведению элемента и чем более сложной и сходной с воспроизводимой была последующая деятельность. В качестве синонима Т. р. иногда используется термин «регрессивное (внутреннее) торможение».

ТОРМОЖЕНИЕ УСЛОВНОЕ — см Торможение

ТОРНДАЙК Эдуард Ли (1874-1949) — американский психолог и педагог. Первая работа Т. «Ум животных» (1898) явилась важной вехой на пути внедрения объективного метода в исследование процесса научения. Помещая в «проблемные» ящики — экспериментальные устройства различной степени сложности — подопытных животных (кошек, собак, низших обезьян), Т. фиксировал характер их двигательных реакции, направленных на то, чтобы выйти из ящика и получить подкрепление рефлекса. Ход опытов и его результаты изображались графически в виде кривых, на которых отмечались повторные пробы и затраченное время. Характер кривой (названной им «кривой научения») дал Т. основание утверждать, что животное действует методом «проб, ошибок и случайного успеха». Весь процесс научения трактовался как простое установление связи между ситуациями и движениями. Т. внес существенный вклад в разработку проблемы навыков, сформулировал ряд законов научения («закон упражнения», «закон эффекта»,

«закон готовности» и др.), носящих, по его мнению, универсальный характер. Он отрицал качественное различие между навыками животных и человека. С механистически-биологизаторских позиций Т. разрабатывал проблемы поведенческой психологии. Ему принадлежит серия работ по психологии обучения арифметике, алгебре, языку, знанию. Для количественного определения уровня психического развития он разработал систему ментиметрических приемов (тестов). Впоследствии Т. внес ряд коррективов в модель научения, признал, в частности, значение сенсорного контроля для образования навыков. Исследования Т. дают основание утверждать, что он подготовил возникновение бихевиоризма.

ТОТЕМ (от алгонкинского «ототем» — его род) — существо, предмет или явление (чаще всего животные или растения), являющиеся объектом почитания (или культа) группы людей, считающих его своим покровителем и верящих в общее происхождение и кровную близость с ним.

ТРАДИЦИЯ (от лат. traditio — передача, повествование) — исторически сложившиеся и передаваемые из поколения в поколение знания, формы деятельности и поведения, а также сопутствующие им обычаи, правила, ценности, представления. Т. складывается на основе тех форм деятельности, которые неоднократно подтвердили свою общественную значимость и личностную пользу. С изменением социальной ситуации развития той или иной общности Т. может разрушаться, трансформироваться и замещаться новой. Т. служат важным фактором регуляции жизнедеятельности людей, составляют основу воспитания. В этнопсихологии понятие связки или пучка Т. служит одной из характеристик национальной общности.

ТРАНС (от франц. transir — оцепенеть) — 1) Расстройство сознания, проявляющееся автоматическим выполнением сложных актов поведения на протяжении нескольких минут или более длительного времени, без осознания окружающей ситуации и целей своих поступков. Так, в состоянии Т. человек может внезапно броситься бежать, начать повторять сложные ритмические действия и движения. Иногда им могут совершаться довольно длительные путешествия. Т. наступает и оканчивается внезапно. Воспоминания об этом периоде отсутствуют. Поведение человека при Т. может казаться окружающим упорядоченным, он в состоянии отвечать на простые вопросы, выполнять привычные Действия. Т. наблюдается при неврозах, эпилепсии и некоторых других психических заболеваниях. 2) Гипнотическое состояние при глубоком гипнозе, сомнамбулизме, самогипнозе. Практикуется в восточных религиях (см. Йога; Медитация), а также в некоторых техниках психотерапии.

ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ — направление психотерапии, разработанное в 50-е годы американским психологом и психиатром Э. Берном, включающее: 1) структурный анализ (теория эго-состояний); 2) собственно Т. а. деятельности и общения, основанный на понятии «трансакция» как взаимодействие эго-состояний; двух вступающих в общение индивидов; 3) анализ психологических «игр»; 4) скриптоанализ (анализ жизненного сценария — «скрипта»). Под эгосостоянием понимается актуальный способ существования Я-субъекта. Выделяются три основных эго-состояния: «Родитель», «Ребенок» и «Взрослый». Вступая во взаимодействие, человек всегда находится в одном из них. Эго-состояние «Родитель» обнаруживает себя в таких проявлениях, как контроль, запреты, идеальные требования, догмы, санкции, забота, могущество. Содержит в себе нормы, и предписания, некритически усваиваемые индивидом как в детстве, так и на протяжении всей жизни, и диктующие ему линию поведения. Кроме того, эго-состояние «Родитель» содержит автоматизированные формы поведения, сложившиеся прижизненно, избавляющие от необходимости сознательно рассчитывать каждый шаг. Различают две основные формы проявления Родителя: «заботящийся» (советы, поддержка, опека и т. п.) и «контролирующий» (запреты, санкции и т. п.). Эго-состояние «Ребенок» содержит в себе аффективные комплексы (см.

Аффект), связанные с ранними впечатлениями и переживаниями. Различают Ребенка «естественного» («свободного») и «адаптированного». Естественному Ребенку свойственна склонность к веселью, живому движению, фантазии, импульсивности и раскованности. Адаптированный Ребенок представлен такими разновидностями, как «бунтующий» (против Родителя), «соглашающийся» и «отчуждающийся». Эго-состояние «Взрослый» включает в себя вероятностную оценку ситуации, рациональность, компетентность, независимость. Оно функционирует «здесь-и-теперь» и независимо от прошлого, хотя и использует информацию, заложенную в Родителе и Ребенке. Важнейшим положением теории эго-состояний является тезис о «переключении» или переходе активности от одного эго-состояния к другому: один и тот же индивид в разных жизненных ситуациях может проявляться то как родитель, то как взрослый, то как ребенок. Кроме того, в поведении и переживаниях индивида могут одновременно проявляться более чем одно эго-состояние. Следующее фундаментальное понятие Т. а. — «игры», трактуемые как формы поведения со скрытым мотивом, при которых один из взаимодействующих субъектов добивается психологического или иного преимущества над другим (выигрыша). Игры могут быть «хорошими», когда другой субъект не страдает от выигрыша первого, и «плохими», когда маневры и обманная стратегия первого субъекта приводят к ущемлению благополучия второго. Берн и его сотрудники типологизировали более сотни различных игр: «супружеские игры», «игры в кабинете врача», «игры преступного мира», «игры жизни» и т. д. В основе многих игр лежат скрипты, или «скрипт-программы» жизненного пути человека, заложенные в него с раннего детства под воздействием социальных факторов и воспитания. Скрипты содержатся в эго-состояний «Ребенок», плохо осознаются и потому делают человека психологически зависимым, несвободным. Психотерапия, разработанная Берном на основе Т.

а., призвана освободить человека от скриптов, программирующих его жизнь, через их осознание, через противопоставление им непосредственности, спонтанности, близости и искренности в межличностных отношениях, через выработку разумного и независимого поведения. Конечной целью Т. а. является достижение гармонической, сбалансированной личности через гармонические взаимоотношения между всеми эго-состояниями.

ТРАНСФЕР (от лат. *transfere* — переносить, переводить) — применяемый в психоанализе З. Фрейда термин, обозначающий перенос на психотерапевта эмоционального отношения пациента к значимым для него людям (отцу, матери и др.). Чувства любви, восхищения, уважения (позитивный Т.), а также ненависти, страха, отвращения (негативный Т.) спонтанно возникают у пациента в психоаналитическом сеансе (см. Психоанализ) при отсутствии в поведении психотерапевта объективных причин, которыми они могли бы быть объяснены. З. Фрейд рассматривал Т. как феномен переноса, присущий любым человеческим отношениям и проявляющийся не только в терапевтическом сеансе, но и в обыденной жизни субъекта.

ТРЕВОГА — отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности и проявляющееся в ожидании неблагоприятного развития событий. В отличие от страха как реакции на конкретную угрозу Т. представляет собой генерализованный, диффузный или беспредметный страх. У человека Т. обычно связана с ожиданием неудач в социальном взаимодействии и часто бывает обусловлена неосознаваемостью источника опасности. Функционально Т. не только предупреждает субъекта о возможной опасности, но и побуждает к поиску и конкретизации этой опасности, к активному исследованию окружающей действительности с установкой определить угрожающий предмет. В эмпирических исследованиях различают Т. ситуативную, характеризующую состояние индивида в данный момент, и Т. как черту личности (тревожность) — повышенную склонность

испытывать Т. по поводу реальных или воображаемых опасностей. Т. ослабляется с помощью защитных механизмов (см. Защита психологическая) — вытеснения, замещения, рационализации, проекции и др.

ТРЕВОЖНОСТЬ — склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги, один из основных параметров индивидуальных различий, Т. обычно повышена при нервно-психических и тяжелых соматических заболеваниях, а также у здоровых людей, переживающих последствия психической травмы, у многих групп лиц с отклоняющимся поведением. В целом Т. является субъективным проявлением неблагополучия личности. Современные исследования Т. направлены на различение ситуативной Т., связанной с конкретной внешней ситуацией, и личностной Т., являющейся стабильным свойством личности, а также на разработку методов анализа Т. как результата взаимодействий личности и ее окружения.

ТРЕМОР (от лат. tremor — дрожание) — непроизвольные ритмические мышечные сокращения, вызывающие колебательные движения конечностей, туловища. Выделяется физиологический Т., постоянно сопровождающий произвольные движения и поддержание статической позы тела. Амплитуда и частота Т. в норме зависят от направления движений и мышечных усилий. Т. усиливается при утомлении, переживании сильных эмоций. Патологический Т. возникает при хронических отравлениях (например, при алкоголизме), некоторых других нервных и психических заболеваниях. Наиболее часто наблюдается Т. пальцев рук, кистей, головы, век.

ТРЕНИНГ ДЕЛОВОГО ОБЩЕНИЯ — вид социально-психологического тренинга (см. Тренинг социально-психологический), направленный на приобретение знаний, умений и навыков, коррекцию и формирование установок, необходимых для успешного общения в условиях профессиональной деятельности. В группах Т. д. о. развиваются умения вести переговоры, выступать перед большой аудиторией, проводить совещания, правильно вести себя в конфликтных ситуациях (см. Конфликт) и т. д. Главная установка, обеспечивающая успешность делового общения, заключается в готовности ориентироваться на другого человека, признавать ценность его личности, принимать во внимание интересы партнера. В группах Т. д. о. во время занятий обязательно проводятся групповые дискуссии, ролевые игры, для их-рых используются ситуации, адекватные содержанию основной деятельности участников занятий.

ТРЕНИНГ ПЕРЦЕПТИВНЫЙ — вид социально-психологического тренинга (см. Тренинг социально-психологический), направленный на развитие способности адекватного и полного познания себя (см. «Я»), других людей и отношений, складывающихся в ходе обучения. Получаемые в Т. п. новые сведения побуждают человека к переосмыслению сложившихся представлений о себе и о других людях, в конечном итоге побуждают к самосовершенствованию. В ходе занятий участники группы Т. п. получают информацию о том, как они выглядят в глазах других людей (см. Рефлексия), как те или иные их действия, поступки воспринимаются ими (см. Перцепция социальная). Такой обмен впечатлениями происходит в групповых дискуссиях, которые организует и направляет ведущий занятия психолог. Широко используются в Т. п. психогимнастические упражнения, а также приемы психодрамы,.

ТРЕНИНГ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ — область практической психологии, ориентированная на использование активных методов групповой психологической работы с целью развития компетентности в общении (см. Социально-психологическая компетентность). Базовыми методами Т.с.-п. являются групповая дискуссия и ролевая игра в различных модификациях и сочетаниях. Общая цель Т. с.-п. конкретизируется в следующих задачах: 1) овладение психологическими знаниями; 2) формирование умений и навыков Б

сфере общения; 3) коррекция, формирование и развитие установок, необходимых для успешного общения; 4) развитие способности адекватного и полного познания себя и других людей; 5) коррекция и развитие системы отношений личности. Различие акцентов в конкретных задачах, исходных посылах и методические модификации приводят к многообразию частных форм Т. с.-п. Среди них наиболее известны поведенческий тренинг, тренинг чувствительности (см. Т-группа), ролевой тренинг, видеотренинг и др. Основной контингент участников составляют представители профессий, деятельность которых предполагает интенсивное общение, а также люди, испытывающие трудности в сфере человеческих контактов. В группе Т. с.-п. особый акцент делается на создании климата доверия, позволяющего реализовать большую по сравнению с повседневным общением интенсивность открытой обратной связи. В результате участники получают возможность реально увидеть себя со стороны и сориентироваться в собственном сложившемся опыте общения, что представляет необходимую предпосылку и составляющую развития компетентности в общении. Создание климата доверия в существенной степени определяется особой формой проведения занятий, при которой ведущий не является преподавателем в традиционном смысле слова. Его ролевая позиция направлена не на противопоставление себя группе, а на интеграцию с ней, при этом он выступает одним из участников групповой работы (хотя и задающим на первых этапах групповые нормы и модели поведения). Для достижения целей Т. с.-п. ведущему необходимо создать условия для формирования группы высокого уровня развития (см. Уровень развития группы). Здесь он опирается на ряд принципов в организации занятий: 1) принцип активности участников; 2) принцип исследовательской позиции в процессе работы в группах; 3) принцип объективации поведения. Важным средством объективации поведения является особым образом организованная обратная связь, эффективность которой существенно повышается при использовании видеозаписи; 4) принцип партнерского общения: предполагает признание ценности личности другого человека, его мнений, интересов. Развитие различных форм Т. с.-п. связано, в основном, с ведущими ориентациями современной психологии. В западной традиции — это необихевиоризм, современный психоанализ, когнитивизм, экзистенциальная (см. Экзистенциализм) и гуманистическая психология. С последней связано широкое распространение форм групповой психологической работы и, в частности, использование Т. с.-п.

ТРОПИЗМЫ (от греч. tropos — поворот, направление) — движения (рост) растений в определенных направлениях, вызванные односторонним воздействием факторов внешней среды (света, земного притяжения, химических веществ и т. д.) (см. Таксисы). Попытка объяснить на основе Т. поведение организмов, обладающих нервной системой, была предпринята Ж. Лебом, концепция которого, строившаяся на принципах механистического детерминизма, оказалась научно несостоятельной.

ТРУДОЛЮБИЕ — черта характера, заключающаяся в положительном отношении личности к процессу трудовой деятельности. Проявляется Т. в активности, инициативности, добросовестности, увлеченности и удовлетворенности самим процессом труда. В психологическом плане Т. предполагает отношение к труду как к основному смыслу жизни, потребность и привычку трудиться. Для воспитания Т. необходимо, чтобы человек видел и понимал смысл и результаты своего труда.

ТЭДЖФЕЛ Генри (1920-1982) — английский психолог. Автор теории социальной идентичности. Согласно Т., Si-концепция личности может быть представлена в виде когнитивной системы, регулирующей все формы социального поведения. Она включает в себя две основные подсистемы: личностную идентичность и групповую идентичность. Первая относится к самоопределению человека в терминах его физических, интеллектуальных и

нравственных черт. Вторая — в терминах суммы его групповых членств — этнической, социальной, профессиональной и т. д. принадлежности. Сдвиг от личностной идентичности к групповой в сознании соответствует сдвигу от межличностных форм социального взаимодействия к межгрупповым формам и наоборот. Важным моментом концепции Т. является анализ четырех взаимосвязанных когнитивных процессов (социальной категоризации, социальной идентификации, социального сравнения и межгрупповой дискриминации), лежащих в основе формирования как личностной, так и социальной идентичностей. Особое внимание Т. уделял межгрупповым формам поведения, в том числе межгрупповым конфликтам, когнитивным детерминантам напряженности и предвзятости в отношениях между группами. Основные положения концепции социальной идентичности были использованы для объяснения и исследования крупномасштабных социальных процессов — межэтнических конфликтов, языковой дифференциации, социальной справедливости и др. («Социальная идентичность и межгрупповые отношения», 1982).

УБЕЖДЕНИЕ — способ вербального (словесного) влияния, который включает в себя систему доводов, выстроенных по законам формальной логики и обосновывающих выдвигаемый индивидом, тезис. Успешное У. ведет к принятию и последующему включению новых сведений в сложившуюся систему взглядов и У., к определенной трансформации мировоззрения, а значит, и мотивационной основы поведения. В отличие от внушения У. основано на осмысленном принятии человеком каких-либо сведений или идей, на их анализе и оценке. При этом заключение может быть сделано как самостоятельно, так и вслед за убеждающим, но в любом случае оно не воспринимается в готовом виде. Как правило, У. требует больших затрат времени и использования разнообразных сведений и ораторских приемов, тогда как внушение может происходить практически мгновенно. Метод У. считается основным в научной полемике и в процессах воспитания.

УБЕЖДЕНИЯ — осознанная потребность личности, побуждающая ее действовать в соответствии со своими ценностными ориентациями. Содержание потребностей, выступающих в форме У., отражает определенное понимание природы и общества. Образуя упорядоченную систему взглядов (политических, философских, эстетических, естественнонаучных и др.), совокупность У. выступает как мировоззрение человека.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ТРУДОМ — эмоционально-оценочное отношение личности или группы к выполняемой работе и условиям ее протекания. От У. т., совершенствования форм его организации, гуманизации содержания зависит экономическая эффективность труда. Согласно двухфакторной («мотивационно-гигиенической») теории У. т. (Ф. Херцбергер), к «мотивационным» факторам относятся: содержание труда, достижения в работе, признание со стороны

окружающих, возможность квалификационного роста. К «гигиеническим» факторам относятся условия труда, заработная плата, линия поведения администрации, взаимоотношения между работниками. При наличии благоприятных «гигиенических» факторов возникает особое состояние, которое приводит к уменьшению чувства неудовлетворенности характером работы, но не к повышению У. т. Исследование формирования У. т., его динамики является одной из значимых проблем социальной психологии и психологии труда, где удовлетворенность рассматривается в качестве важного показателя социально-психологического климата и эффективности деятельности.

УЗНАВАНИЕ — опознание воспринимаемого объекта как такого, который уже известен по прошлому опыту (см. Идентификация). Основой его является сличение наличного восприятия со следами, сохраняющимися в памяти. У. различается по степени определенности, четкости, полноты и

произвольности. В качестве произвольного У. выступает, когда оно используется для установления эффективности запоминания или заучивания. Уровень У. всегда выше уровня воспроизведения, какие бы приемы воспроизведения ни применялись. В качестве непроизвольного У. выступает, когда не стоит специальная задача на опознание. Оно может быть при этом неполным, неопределенным, фантомным, когда переживается, например, чувство знакомства в отношении человека, которого на самом деле никогда не встречал (см. Парамнезия). Иногда неполное непроизвольное У. порождает задачу припоминания и переходит в произвольное.

УЗНАДЗЕ Дмитрий Николаевич (1886-1950) — грузинский советский психолог. Основатель теории установки (см. Установки теории) как общепсихологической концепции, раскрывающей закономерности развития и функционирования психики в процессе целенаправленной активности субъекта. Предпосылкой его теории был философско-психологический анализ трудов В. Соловьева, А. Бергсона, Г. Лейбница. Трактует психологию как науку о целостной духовной личности, мотивы и поступки которой могут носить неосознаваемый характер (см. Бессознательное, Установка). Экспериментально изучал закономерности смены установок, разрабатывал вопросы психотехники, педологии, возрастной и педагогической психологии, зоопсихологии. Особое внимание он уделял исследованиям языка, образования понятий, наименования, постижения значений («Общая психология», 1940; «Экспериментальные основы психологии установки», 1949).

УМ — обобщенная характеристика познавательных возможностей человека (в отличие от чувств и воли). В более узком смысле — индивидуально-психологическая характеристика мыслительных способностей человека (см. Рассудок и разум).

УМЕНИЕ — освоенный субъектом способ выполнения действия, обеспечиваемый совокупностью приобретенных знаний и навыков. У. формируется путем упражнений и создает возможность выполнения действия не только в привычных, но и в изменившихся условиях.

УМОЗАКЛЮЧЕНИЕ — одна из логических форм мышления (см. также Понятие и Суждение). У. характеризуется выводом на основе правил логики заключения или следствия из нескольких суждений (посылок). В логике разрабатываются классификации У. Психология рассматривает условия развития умозаключающего (дискурсивного) мышления и формы его нарушения (искажения). Примером исследований умозаключающего мышления в психологии может быть исследование доверия к посылкам силлогизма и следствиям из них.

УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ УРОВЕНЬ — совокупность знаний, умений и сформировавшихся при их усвоении умственных действий; свободное оперирование ими в процессах мышления, обеспечивающих усвоение в определенном объеме новых знаний и умений. Наличный У. р. у. — это состояние познавательных и творческих возможностей индивида. Информация об У. р. у. может быть получена либо путем длительных психолого-педагогических наблюдений, либо путем проведения диагностических испытаний с помощью специальных методик. Так, критериально-

ориентированное тестирование (см. Тесты, Критериально-ориентированные) дает возможность, не охватывая всего У. р. у. в целом, установить, насколько он достаточен для усвоения учебных программ и выполнения заданий, представленных в конкретной учебной и профессиональной деятельности, выявить пробелы в знаниях и указать способы возможной их ликвидации. При анализе У. р. у. необходимо исходить из принципа неразрывности связи и взаимной обусловленности содержания и формы мышления (Л. С. Выготский). Нарушение этой связи снижает эффективность мышления. Если содержание

мышления отражает существенные стороны социальной и культурной среды, в которой проходили жизнь и деятельность индивида, то усвоением этого содержания предопределен сформировавшийся у него У. р. у. и его умственные действия могут оказаться недостаточными для усвоения нового содержания. Однако своеобразие У. р.у. обусловлено не только факторами онтогенеза, но и природными психофизиологическими особенностями индивида. Это обнаруживается в деятельности мышления и, в частности, в складывающейся мотивации предпочтения индивида по отношению к некоторым апробированным им видам деятельности. По наличному У. р. у. нельзя однозначно определить, сколько времени и усилий понадобилось индивиду для его достижения.

УМСТВЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ — действия человека (от математических преобразований до оценки поведения другого человека), выполняемые во внутреннем плане сознания, без опоры на внешние средства, в том числе слышимую речь. Этим У. д. отличаются от других видов человеческих действий (например, речевых, физических). У. д. могут быть направлены на решение как познавательных (мыслительных (см. Мышление), мнестических (см. Память) и др.), так и эмоциональных (см. Эмоции) задач. В отечественной психологии У. д. исследованы применительно к проблематике общей, возрастной и педагогической психологии (механизмы конкретных психических явлений, возрастные возможности ребенка, соотношение обучения и умственного развития и т. п.). Управление процессом формирования У. д. (см. Поэтапного формирования умственных действий концепция) открывает известные перспективы совершенствования обучения и целенаправленного влияния на ход умственного развития ребенка. В последние годы результаты исследований по планомерному формированию У. д. находят все более широкое применение в дошкольном, школьном, вузовском, профессиональном обучении.

УОТСОН Джон Брод ее (1878-1958) — американский психолог, основоположник бихевиоризма. Выступая против взглядов на психологию как науку о непосредственно переживаемых субъективных явлениях, предложил программу построения новой психологии, предметом которой считал поведение, а не сознание. Предпосылкой этого подхода являлось положение о том, что сознание не может быть изучено объективно, т. к. оно якобы открыто только для «внутреннего зрения» (интроспекции). Из теории поведения исключались не только факты сознания, но и нейрофизиологические процессы, поскольку они составляют предмет другой науки — нейрофизиологии головного мозга. «Старые» понятия об образах, мыслях, идеях, чувствах У. предложил заменить понятиями о мышечных и секреторных реакциях. Эмоции отождествлялись им с реакциями внутренних органов, мышление человека — с работой голосовых мышц. Обучение, согласно У., происходит путем «обусловливания»: мышечная реакция в результате повторных сочетаний связывается с определенным стимулом, который в дальнейшем начинает ее вызывать. У. использовал учение Ж. П. Павлова об условных рефлексах, однако истолковал его чрезвычайно односторонне, игнорируя роль процессов и механизмов высшей нервной деятельности в регуляции поведения («Обучение животных», 1903). По У., законы приобретения опыта у животных и человека одни и те же, а сам опыт — биологическое приспособление, лишенное психологического смысла и содержания. Работы У. сыграли важную роль в борьбе против интроспективной психологии. Они стимулировали разработку объективных методов изучения психики, в том числе детской. Однако ошибочность исходных методологических посылок — отрицание сознания как особой формы регуляции

поведения, сведение поведения к внешним приспособительным актам, отождествление принципов жизнедеятельности человека и животных, игнорирование нейромеханизмов и др. — существенно ограничила

позитивную ценность учения У. и обусловила быстрый распад бихевиоризма.

УПРАЖНЕНИЕ — повторное выполнение действия с целью его усвоения. В различных условиях общения У. является либо единственной процедурой, в рамках которой осуществляются все компоненты процесса учения (научения) — уяснение содержания действия, его закрепление, обобщение и автоматизация, — либо одной из процедур наряду с объяснением и заучиванием, которые предшествуют У. и обеспечивают первоначальное уяснение содержания действия и его предварительное закрепление. У. в этом случае обеспечивает завершение уяснения и .-закрепления, а также обобщения и автоматизации, что в итоге приводит к полному овладению действием и превращению его — в зависимости от достигнутой меры автоматизации — в умение или навык. У. может осуществляться и сразу после объяснения, без предварительного заучивания; при этом закрепление полностью происходит в процессе У.

УРАВНОВЕШЕННОСТЬ НЕРВНЫХ ПРОЦЕССОВ — свойство нервной системы, выражающее соотношение между возбуждением и торможением. Понятие У. н. п., введенное Ж. П. Павловым, рассматривалось им как одно из самостоятельных свойств нервной системы, образующее в сочетании с другими (с силой и подвижностью нервной системы) тип высшей нервной деятельности. В исследованиях школы В. М. Теплова—В. Д. Небылицына У. н. п. стала рассматриваться как совокупность вторичных (производных) свойств нервной системы, определяемых соотношением показателей возбуждения и торможения по каждому из первичных ее свойств (сила, подвижность, мобильность, динамичность нервной системы). Наряду с новой интерпретацией У. н. п. был предложен и новый термин — баланс нервных процессов.

УРОВЕНЬ ГРУППОВОГО РАЗВИТИЯ — характеристика сформированное™ межличностных отношений, выражающаяся в группообразовании. В отличие от традиционного подхода, где параметрами группообразования являются время существования группы, наличие сложившихся отношений власти и подчинения, число групповых коммуникаций, количество взаимных социометрических выборов (см. Социометрия) и т. п., в настоящее время складывается подход, в соответствии с которым для выявления У. г. р. учитывается сочетание двух факторов — степени опосредствованности межличностных отношений содержанием (идеям и ценностями, организацией) совместной деятельности и социального характера этих целей и ценностей (соответствующих общественно-историческому прогрессу или препятствующих ему). Исходя из этого, к высшему У. г. р. могут быть отнесены коллективы, и группы, приближающиеся к ним, по типу своей структуры и социально-психологическим характеристикам, к низшему — группы, основанные на асоциальных факторах (всякого рода асоциальные ассоциации), и группы диффузные, в которых отсутствуют общие цели и ценности. Особое место занимают корпорации — группы, которые характеризуются высоким уровнем деятельностного опосредствования и функционирующими в них антисоциальными установками и принципами.

УРОВЕНЬ ПРИТЯЗАНИИ — характеризует: 1) уровень трудности, достижение которого является общей целью серии будущих действий (идеальная цель); 2) выбор субъектом цели очередного действия, формирующейся в результате переживания успеха или неуспеха ряда прошлых действий (У. п. в данный момент); 3) желаемый уровень самооценки личности (уровень Я). Стремление к повышению самооценки в условиях, когда человек свободен в выборе степени трудности очередного действия, приводит к конфликту двух тенденций — тенденции повысить притязания, чтобы одержать максимальный успех, и тенденции снизить их, чтобы избежать неудачи. Переживание успеха (или неуспеха), возникающее вследствие достижения (или недостижения) У. п., влечет за собой смещение У. п. в область более трудных задач

(или более легких). Снижение трудности избираемой цели после успеха или ее повышение после неудачи (атипичное изменение У. п.) говорят о нереалистичном уровне притязаний или неадекватной самооценке.

УРОВНЕЙ ПОСТРОЕНИЯ ДВИЖЕНИЯ КОНЦЕПЦИЯ — концепция, предложенная Н. А. Бернштейном, согласно которой под построением движения понимается состав афферентационных ансамблей (см. Афферентация), участвующих в координировании данного движения, в осуществлении требуемых коррекций и в обеспечении адекватных перешифровок для эффекторных импульсов (см. Эффекторы), а также вся совокупность системных взаимоотношений между ними. Бернштейн выделял пять уровней построения движений (см. Активности физиология).

УСВОЕНИЕ — основной путь приобретения индивидом общественно-исторического опыта. В процессе У. человек овладевает социальными значениями предметов и способами действия с ними, нравственными основаниями поведения и формами общения с другими людьми. У. подлежат все содержательные компоненты человеческого поведения — и побудительно-мотивационные (см. Мотивация), и операциональные (см. Операция). У. значений предметов человеческой материальной и духовной культуры и способов действия с ними составляет основное внутреннее содержание процесса обучения. Стержнем воспитания является У. нравственных норм поведения. У. предполагает овладение действием по установлению нового значения предмета (в широком смысле этого слова), что требует первоначальной объективации условий осуществления этого действия (в виде образца, орудий, плана выполнения и т. п.). Эти условия могут задаваться и неявным образом (например, включаться в поведение других людей). Эффективность У. — его качество, прочность и скорость — зависит от полноты ориентировочной основы, действия, подлежащего формированию; предметного, логического и психологического разнообразия типов материала, включающего усваиваемое содержание; меры

управления процессом формирования действия. Реализация этих моментов наряду с У. нового значения (формированием понятия) приводит к образованию полноценного действия по применению этого значения. Дальнейшая судьба результатов У. — новых действий, понятий и форм поведения — во многом зависит от их места в структуре актуально значимых для субъекта У. видов деятельности.

УСЛОВНЫЙ РЕФЛЕКС — рефлекс, образующийся при сближении во времени любого первоначально индифферентного раздражителя с последующим действием раздражителя, вызывающего безусловный рефлекс. Термин У. р. предложен Ж. П. Павловым. В результате образования У. р. раздражитель, прежде не вызывавший соответствующей реакции, начинает ее вызывать, становясь сигнальным (условным, т. е. обнаруживающимся при определенных условиях) раздражителем. Различают два вида У. р.: классические, получаемые по указанной методике, и инструментальные (оперантные) У. р., при выработке которых безусловное подкрепление дается только после возникновения определенной двигательной реакции животного (см. Оперантное обусловливание). Механизм формирования У. р. первоначально понимался как проторение пути между двумя центрами — условного и безусловного рефлекса. В настоящее время принято представление о механизме У. р. как сложной функциональной системе с обратной связью, т. е. организованной по принципу кольца, а не дуги. У. р. животных образуют сигнальную систему, в которой сигнальными раздражителями являются агенты их среды обитания. У человека наряду с первой сигнальной системой, порождаемой воздействиями среды, существует вторая сигнальная система, где в качестве условных раздражителей выступает слово («сигнал сигналов», по И. П. Павлову) (см. Сигнальные системы).

УСТАЛОСТЬ — комплекс субъективных переживаний, сопутствующих

развитию состояния утомления. Характеризуется чувствами слабости, вялости, бессилия, ощущениями физиологического дискомфорта, осознанием нарушений в протекании психических процессов, потерей интереса к работе, преобладанием мотивации на прекращение деятельности, негативными эмоциональными (см. Эмоции) реакциями.

У. может возникать и при длительном выполнении однообразной деятельности. Однако возможна и парадоксальная У., не связанная с утомлением, как и отсутствие У. у объективно утомленного человека.

УСТАНОВКА — готовность, предрасположенность субъекта, возникающая при предвосхищении им появления определенного объекта и обеспечивающая устойчивый целенаправленный характер протекания Деятельности по отношению к данному объекту. Понятие У. первоначально было введено в экспериментальной психологии немецкими психологами для обозначения обусловленного прошлым опытом фактора готовности действовать тем или иным образом, определяющего скорость реагирования на воспринимаемую ситуацию и некоторые иллюзии восприятия (Г. Мюллер, Т. Шуман, 1889), а также для описания возникающего при постановке задачи неосознаваемого состояния готовности, обуславливающего направленность различных психических процессов (Н. Ах, 1905). Позднее понятие социальной У. — аттитуда — вводится в социальную психологию и социологию для обозначения субъективных ориентации индивидов как членов группы (или общества) на то или иные ценности, предписывающих индивидам определенные социально принятые способы поведения (У. Томас, Ф. Знанецкий, 1918-1920). В качестве объяснительного принципа изучения психических явлений У. наиболее глубоко разработана Д. Н. Узнадзе и его школой (см. Установки теории). В общей психологии У. применяется при исследовании целенаправленного поведения животных, психофизиологических механизмов приспособления организма к предвосхищаемым ситуациям, избирательности и направленности психических процессов, механизмов неосознаваемой регуляции деятельности личности, формирования характера. В социальной психологии У. используется при изучении отношений личности как члена группы к том или иным социальным объектам, механизмов саморегуляции, устойчивости и согласованности социального поведения, процесса самореализации и изменения У., например, под влиянием пропаганды (см. Психология пропаганды), а также при прогнозировании возможных форм поведения личности в определенных ситуациях. Функция У., ее эффекты и содержание раскрываются при изучении ее роли в регуляции деятельности. Основные функции У. в деятельности: а) У. определяет устойчивый, последовательный, целенаправленный характер протекания деятельности, выступает как механизм ее стабилизации, позволяющий сохранить ее направленность в непрерывно изменяющихся ситуациях; б) У. освобождает субъекта от необходимости принимать решения и произвольно контролировать протекание деятельности в стандартных, ранее встречавшихся ситуациях; в) У. может выступить и в качестве фактора, обуславливающего инертность, косность деятельности и затрудняющего приспособление субъекта к новым ситуациям. Эффекты У. непосредственно обнаруживаются только при изменении условий протекания деятельности. Вследствие этого общим методическим приемом изучения феноменов У. является прием «прерывания» деятельности. Содержание У. зависит от места объективного фактора, вызывающего эту У., в структуре деятельности. В зависимости от того, на какой объективный фактор деятельности направлена У. (мотив, цель, условие деятельности), выделяются три иерархических уровня регуляции деятельности — уровни смысловых, целевых и операциональных У. Смысловая У. выражает проявляющееся в деятельности личности отношение

ее к тем объектам, которые имеют личностный смысл. По происхождению смысловые У. личности производны от социальных У. Смысловые У. содержат информационный компонент (взгляды человека на мир и образ того, к чему человек стремится), эмоционально-оценочный компонент (антипатии и симпатии по отношению к значимым объектам), поведенческий компонент (готовность действовать по отношению к объекту, имеющему личностный смысл). С помощью смысловых У. индивид приобщается к системе норм и ценностей данной социальной среды (инструментальная функция), они помогают сохранить статус-кво личности в напряженных ситуациях (функция самозащиты), способствуют самоутверждению личности (ценностно-экспрессивная функция), выражаются в стремлении личности привести в систему содержащиеся в них личностные смыслы знаний, норм, ценностей (познавательная функция). В отличие от целевых и операциональных У., изменяющихся в ходе обучения под влиянием речевых воздействий, инструкций, изменение смысловых У. всегда обусловлено изменением самой деятельности субъекта. Целевые У. вызываются целью и определяют устойчивый характер протекания действия. В случае прерывания действия целевые У. проявляются в виде динамических тенденций к завершению прерванного действия (ем. Эффект незавершенного действия). Операциональная У. имеет место в ходе решения задачи на основе учета условий наличной ситуации и вероятностного прогнозирования этих условий, опирающегося на прошлый опыт поведения в подобных ситуациях. Они обнаруживаются в стереотипности мышления, конформности личности и т. п. Психофизиологические механизмы, реализующие различные операциональные У., проявляются в общем тоне организма, выражающем позу субъекта в целом, определенную преднастройку в сенсорной и моторной области, что предшествует разворачиванию тех или иных способов осуществления действия.

УСТАНОВКИ ТЕОРИЯ — общепсихологическая система представлений, выделяющая в качестве центрального объяснительного понятия принцип установки. У. т. создана в трудах выдающегося грузинского психолога Д. Н. Узнадзе и его школы. Категория установки была предложена Д. Н. Узнадзе для преодоления постулата непосредственности, являющегося методологической предпосылкой в интроспективной психологии сознания и бихевиоризме. Д. Н. Узнадзе развил представления об установке как «целостной модификации субъекта», его готовности к восприятию будущих событий и совершению в определенном направлении действия, что является основой его целесообразной избирательной активности. Установка возникает при «встрече» двух факторов — потребности и ситуации удовлетворения потребностей, определяя направленность любых проявлений психики и поведения субъекта. В том случае, если импульсивное поведение наталкивается на те или иные препятствия, оно прерывается, начинает функционировать специфический только для сознания человека механизм объективации, благодаря которому человек выделяет себя из действительности и начинает относиться к миру как к существующему объективно и независимо от него. Для экспериментального исследования установки предложен метод фиксации, различные варианты которого применяются при анализе развития психики в филогенезе и онтогенезе, познавательных процессов, личности и межличностных отношений. Особое внимание уделяется изучению с позиций У. т. неосознаваемых психических явлений, понимание природы которых кардинально отличается от трактовки бессознательного в психоанализе З. Фрейда. Одна из перспектив развития У. т. — концепция уровней психической активности (Ш. А. Надирашвили).

«УТЕЧКА УМОВ» — одна из форм миграционного поведения, связанная с решением людей умственного труда мигрировать из прежней в новую социокультурную среду обитания. Феномен У. у. обусловлен

неудовлетворенностью (см. Удовлетворенность трудом) базовой (ценностной) потребности личности в творческом самовыражении и ожиданиями ее удовлетворения в новой социокультурной среде. Термин У. у. (в англоязычной литературе — brain drain) введен в оборот в докладе Британского королевского общества (1962) и первоначально касался феномена эмиграции английских ученых и инженерно-технических специалистов в США. Позднее этот термин широко использовался при изучении социальных и психологических детерминант эмиграции высококвалифицированных специалистов из так называемых развивающихся и постсоциалистических стран в развитые государства мира.

УТОМЛЕНИЕ — временное снижение работоспособности под влиянием длительного воздействия нагрузки. Возникает вследствие истощения внутренних ресурсов индивида и рассогласования в работе обеспечивающих деятельность систем.

У. имеет разнообразные проявления на поведенческом (снижение производительности труда, уменьшение скорости и точности работы), физиологическом (затруднение выработки условных связей, повышение инерционности в динамике нервных процессов) (см. Нервная система), психологическом (снижение чувствительности, нарушение внимания, памяти, интеллектуальных (см. Интеллект) процессов, сдвиги в эмоционально-мотивационной (см. Эмоции) сфере) уровнях. Сопровождается формированием комплекса субъективных переживаний усталости. Специфика проявлений У. зависит от вида нагрузки, локализации ее воздействия, времени, необходимого для восстановления оптимального уровня работоспособности.

УХТОМСКИЙ Алексей Алексеевич (1875-1942) — российский физиолог. Развивал идеи И. М. Сеченова о биологическом и системном характере нервно-психических актов, выдвинул учение о доминанте как главном принципе работы нервных центров и организации поведения. Это учение противопоставлялось воззрению на мозг как на комплекс рефлекторных дуг. Согласно У., каждый наблюдаемый двигательный эффект определяется характером динамического взаимодействия корковых и подкорковых центров, актуальными потребностями организма, историей организма как биологической системы. Мозг следует рассматривать как орган «предупредительного восприятия, предвкушения и проектирования среды». Для доминанты характерна инертность, т. е. склонность поддерживаться и повторяться, когда внешняя среда изменилась и раздражители, некогда вызывавшие эту доминанту, более не действуют на центральную нервную систему. Инертность нарушает нормальную регуляцию поведения, когда становится источником навязчивых образов и галлюцинаций, но она же выступает в качестве организующего начала интеллектуальной активности. У. была выдвинута концепция «оперативного покоя», понимаемого не как бездеятельность организма, а как состояние, при котором он удерживает неподвижность с целью детального распознавания среды и адекватной реакции на нее. Механизмом доминанты У. объяснял широкий спектр психических актов — внимание, предметный характер мышления. Это «разделение среды на предметы». У. трактовал как процесс, состоящий из трех стадий: укрепление наличной доминанты; выделение только тех раздражителей, которые являются для организма биологически интересными; установление адекватной связи между доминантой (как внутренним состоянием) и комплексом внешних раздражителей. У. считал, что наиболее детально, отчетливо и прочно закрепляется в нервных центрах то, что переживается эмоционально (радость, гнев и др.). В физиологическом плане этому соответствует повышенная мобильность нервных элементов, обусловленная деятельностью вегетативной и эндокринной систем, выступающая предпосылкой более прочного запечатления внешних воздействий и их адекватного воспроизведения. Эти выводы У., явившиеся

обобщением большого экспериментально-физиологического материала, широко используются в современной психологии, медицине и педагогике.

УШИНСКИЙ Константин Дмитриевич (1824-1870) — русский педагог. Родоначальник педагогической психологии в России. Разработал, руководствуясь принципом народности, систему идей, направленную на всестороннее развитие и совершенствование целостной личности на основе воспитывающего обучения («Человек как предмет воспитания», 1868-1869). В этой системе важнейшее место отводилось положению о том, что психические качества человека формируются в единстве с их нейрофизиологической основой. Фундаментальной категорией У. считал «полурефлексы», к которым относилось все многообразие навыков и привычек. Обращение к этой категории позволяло рассматривать активность сознания (души) как фактор, действующий соответственно возможностям преобразуемого под его влиянием организма. К усвоенным рефлексам как результатам воспитания У. относил привычки. Благодаря им ребенок приобретает способности, которых он не имел от природы. При этом на передний план У. выдвигал нравственный смысл привычек, в отличие от простых навыков, возникающих путем упражнения: «добрая привычка есть нравственный капитал, положенный человеком в свою нервную систему». Тем самым нравственная детерминация, заданная общими устоями жизни народа, выступала как важнейший фактор построения специфически человеческого уровня нервно-психической активности отдельной личности, основа ее полноценного формирования. Большое внимание У. уделял развитию психики в различные возрастные периоды (см. Возраст), соотнося специфические характеристики этого развития с решением проблем дидактики, построения учебного процесса и организации воспитательных воздействий на ребенка в единстве физических, нравственных и умственных «параметров» его жизнедеятельности.

ФАБРИ Курт Эрнестович (1923-1990) — российский зоопсихолог, этолог, специализировался в области зоологии позвоночных, антропологии и сравнительной психологии, ученик Н. Н. Ладыгиной-Коте. Основная тематика его работ — онтогенез поведения и психики животных, эволюция психики, психическая деятельность приматов, этологические и биопсихологические предпосылки антропогенеза. Ф. выполнены оригинальные; исследования импринтинга у птиц, существенно дополнившие классические представления о природе этого феномена («Основы зоопсихологии», 1976-1993). Он разрабатывал прикладные аспекты зоопсихологии. Ф., удалось выявить сходные (по форме, но не по содержанию) признаки в развитии игры в онтогенезе человека и высших животных.

ФАВОРИТИЗМ ВНУТРИГРУППОВОЙ (от лат. *favor* — благосклонность) — предпочтение собственной группы, стремление каким-либо образом благоприятствовать ей и ее членам при сравнении с другими релевантными группами и их представителями. Ф. в. может проявляться как во внешне наблюдаемом поведении в ситуациях социального взаимодействия, так и в процессах социального восприятия (см. Перцепция социальная), например при сформировании оценок, мнений и т. п., относящихся к членам собственной и других групп. Ф. в. часто является препятствием к межгрупповому пониманию, но одновременно выполняет необходимую для группы функцию создания или поддержания позитивной групповой идентичности.

ФАКТОР РИСКА — психогенный фактор измененных (непривычных) условий существования, характеризующихся наличием угрозы для жизни. Ф. р. оказывает существенное влияние на переживание человеком экстремальной ситуации. На этапе стартового психического напряжения появляется психическая напряженность, которая объективизируется в мимике, речевой (см. Речь) активности, глубине сна, изменениях регистрируемых

физиологических функций. В генезе стартового напряжения при наличии Ф. р. четко прослеживается, с одной стороны, неуверенность в надежности технических систем, с другой — «проигрывание» в умственном плане вероятности возможных аварийных ситуаций. У людей, попадающих в измененные условия впервые, сразу же при преодолении психологического барьера (см. Барьер психологический) психическая напряженность сменяется повышенным настроением, достигающим до эйфории и психомоторного возбуждения. В генезе смены эмоционального состояния лежат как психологические (снятие информационной неопределенности), так и физиологические (эмоциональное -разрешение) механизмы. На этапе неустойчивой психической деятельности в условиях аварийных ситуаций могут возникать необычные психические состояния, проявляющиеся в форме ажитации (чрезмерно сильного возбуждения) и кратковременного ступора (резкой угнетенности, выражающейся в неподвижности и молчании). В генезе развития аффективных состояний (см. Аффект) прослеживается неподготовленность человека к деятельности в условиях угрозы для жизни, астенизация нервной системы, а также неожиданность возникновения аварийной ситуации. На этапе глубоких психических изменений развиваются аффективные невроты в форме фобий, выраженных двигательных возбуждений и длительного ступора, которые могут приводить к неадекватным реакциям. Следствием этого является увеличение вероятности неблагоприятного исхода, в частности катастроф и крупных аварий.

ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ (от лат. factor — действующий, производящий и греч. analysis — разложение, расчленение) — метод многомерной математической статистики (см. Статистические методы (в психологии)), применяемый при исследовании статистически связанных признаков с целью выявления определенного числа скрытых от непосредственного наблюдения факторов. Созданный в начале века для нужд психологии (предпринимались попытки выделить основной фактор, определяющий интеллект, Ч. Спирмен), Ф. а. впоследствии получил большое распространение в экономике, медицине, социологии и других науках, располагающих огромным количеством переменных, из которых обычно необходимо выделить ведущие. С помощью Ф. а. не просто устанавливается связь изменения одной переменной с изменением другой переменной, а определяется мера этой связи и обнаруживаются основные факторы, лежащие в основе указанных изменений. Ф. а. особенно продуктивен на начальных этапах научных исследований, когда необходимо выделить какие-либо предварительные закономерности в исследуемой области. Это позволяет последующий эксперимент сделать более совершенным по сравнению с экспериментом на переменных, выбранных произвольно или случайно. Как метод Ф. а. имеет определенные слабые стороны, в частности отсутствует однозначное математическое решение проблемы факторных нагрузок, т. е. влияния отдельных факторов на изменения различных переменных.

ФАНАТИЗМ (от лат. fanum — жертвенник) — непоколебимая и отвергающая альтернативы приверженность индивида определенным убеждениям, которая находит выражение в его деятельности и общении. Ф. сопряжен с готовностью к жертвам; преданность идее сочетается с нетерпимостью к инакомыслящим, пренебрежением к этическим нормативам, препятствующим достижению общей цели. Ф. — феномен социальной психологии. Для фанатиков, которые находят поддержку во взаимном признании, характерна повышенная эмоциональность, некритическое отношение к любой информации, подтверждающей их взгляды, неприятие критики, даже доброжелательной. Ф. нередко носит идеологическую (в том числе религиозную) окраску.

ФАНТАЗИЯ — продукт воображения. Ф. изменяет облик действительности, отраженной в сознании, для нее характерна транспозиция (перестановка) элементов реальности. Ф. позволяет найти новую точку зрения на уже

известные факты и в силу этого обладает огромной художественной и научно-познавательной ценностью. Творческая активность, порождающая Ф., в значительной мере спонтанна, связана с личной одаренностью и индивидуальным опытом человека, складывающимися в процессе деятельности. В сфере патопсихологии Ф. больных служит предметом диагностического исследования. С точки зрения аналитической психологии, Ф. — с.амоизображение бессознательного, образованного забытыми или вытесненными личными переживаниями и архетипами коллективного бессознательного. Ф. возникают при падении интенсивности сознательного, в результате чего становится проницаемым барьер, отделяющий его от подсознательного (сон, переутомление, бред).

ФАНТОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ (от франц. *fantome* — призрак) — ложные ощущения (боль, зуд, анемия, судороги и др.) со стороны несуществующей части тела (например, после ампутации конечности). Ф. н. могут принимать навязчивый, тягостный характер. Отсутствующая конечность или ее часть могут ощущаться вполне реально. В некоторых случаях возможно воспроизведение характера боли, наблюдавшейся у больного до ампутации. Причиной Ф. н. могут быть образовавшиеся в месте перерезки нервных волокон разрастания (невромы), залегающие в рубцующейся ткани, очаги воспаления, нарушения кровообращения, а также механическая травматизация измененных нервных волокон. Значительная роль в формировании Ф. н. принадлежит представлению индивида о собственном теле, зафиксированному в процессе развития.

ФАСИЛИТАЦИЯ СОЦИАЛЬНАЯ (от англ. *facilitate* — облегчать) — повышение скорости или продуктивности деятельности индивида вследствие актуализации в его сознании образа (восприятия, представления и т. п.) другого человека (или группы людей), выступающего в качестве соперника или наблюдателя за действиями данного индивида (см. Отраженная субъектность). Впервые Ф. с. была зафиксирована в конце

XIX в. в опытах французского физиолога Фере, а затем подробно описана Ф. Олпортом, В. Меде, В. М. Бехтеревым (совместно с Н. Н. Ланге) и др. В ряде случаев реальное или воображаемое присутствие других, не вмешивающихся в действия индивида, людей ведет к ухудшению результатов его деятельности. Указанное явление получило название социальной ингибиции (подавления). Установлено, что возникновение феномена Ф. с. зависит от характера выполняемых человеком задач. Присутствие наблюдателя (соперника) положительно влияет на количественные характеристики деятельности и отрицательно на качественные, соответственно повышая результативность относительно простых видов деятельности и затрудняя выполнение трудных действий и решение сложных задач. Выявлена также зависимость Ф. с. от пола, возраста, статуса, других характеристик субъекта, а также от его отношения к присутствующим.

ФАСЦИНАЦИЯ (от англ. *fascination* — очарование) — эффект, вызываемый специально организованным вербальным (словесным) воздействием, предназначенным для уменьшения потерь семантически значимой информации при восприятии сообщения реципиентами, за счет чего повышается возможность ее воздействия на их поведение. Формы Ф. могут быть различными. В зависимости от акустической организации интенсивность Ф. может варьировать от минимальной (монотонная дикторская речь} до максимальной (специально интонированная речь, декламация, пение). Важным фактором Ф. выступает ритмическая организация сообщения. Существует также семантическая Ф., когда текст сообщения при определенных условиях оказывается жизненно значимым для реципиентов, вызывая резкое изменение их поведения (например, семантическая Ф. проявилась в «феномене 30 октября 1938 г.», когда радиоинсценировка «Борьбы миров» Г. Уэллса вызвала в США массовую панику, охватившую

свыше миллиона человек. Аналогичный эффект эта радиопостановка вызвала в Эквадоре 15 лет спустя). Эффектом семантической Ф. обладают также слухи. Ф. лежит в основе гипнотического воздействия (см. Гипноз), включаемого в некоторые психотерапевтические методики (см. Психотерапия).

ФЕНОМЕНАЛИСТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (от греч. *phainomenon* — являющееся) — см. Гуманистическая психология.

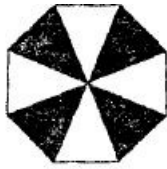
ФЕНОМЕН ВЛОЖЕННОГО ТРУДА — см. Вложенным труд.

ФЕНОТИП (от греч. *phaino* — обнаруживаю, являю и *typos* — отпечаток, форма, образец) — любой поддающийся наблюдению признак организма — морфологический, физический, поведенческий. Термин предложен в 1909 г. датским биологом В. Иогансеном. Ф. является продуктом взаимодействия генотипа и среды, однако на разных уровнях организации (клеточном, органном, организменном) соотношение Ф. и генотипа различно. Совокупность социальных характеристик человека обозначать термином Ф. не принято.

ФЕСТИНГЕР Леон (1919 г. рожд.) — американский психолог. Ученик и последователь К. Левина, исходя из общей методологической ориентации гештальт-психологии, Ф. выдвинул «когнитивного диссонанса теорию». Толчком к ней послужило изучение слухов, распространившихся в результате землетрясения в одном из североамериканских штатов. Ф., объясняя происхождение этих слухов и причины повсеместной веры, в них, сделал вывод, что люди стремятся к внутренней гармонии между получаемой информацией и наличными мотивами их поведения. При нарушении гармонии (диссонансе) индивид стремится к редукции возникшей напряженности путем изменения одного из элементов, либо переосмысления информации, либо сдвигов в интересах и знаниях.

ФЕХНЕР Густав Теодор (1801-1887) — немецкий физик, психолог, философ. Стремясь обосновать с помощью математических и экспериментальных методов т. зр., согласно которой вся Вселенная одушевлена, а материя — лишь теневая оборотная сторона психического, Ф. опирался на установленную Э. Г. Вебером зависимость между ощущениями, к раздражителями. Он выдвигал идею создания особой науки психофизики, предмет которой — закономерные соотношения двух рядов явлений:

психических и физических, связанных чисто функционально. Идеи психофизики, изложенные в работе «Элементы психофизики» (1860), оказали огромное влияние на зарождающуюся экспериментальную психологию. Предложенные Ф. психофизические методы позволили применить язык математики к описанию экспериментально установленных корреляций между ощущениями и вызывающими их физическими агентами, а также вывести один из первых психофизических законов, согласно которому интенсивность ощущения пропорциональна логарифму интенсивности раздражителя (см. Вебера—Фехнера закон). В дальнейшем выяснилось, что этот закон не имеет универсального характера и действителен только в известных пределах, а также применим только лишь к слуховым и зрительным ощущениям. Тем не менее методы и идеи Ф. оказались плодотворными не только для разработки психологии отношений, но и для изучения памяти. Значение работ Ф. состояло во внедрении новаторских экспериментально-математических методов в исследование психических процессов. **ФИГУРА И ФОН** (от лаг. *figura* — образ, вид и франц. *fond* — дно, основание) — различие, возникшее первоначально в изобразительном искусстве и введенное в психологию в начале XX в. датским психологом Э. Рубином. Фигурой называется замкнутая, выступающая вперед, привлекающая внимание часть феноменального поля, имеющая «вещный» характер. Фон же окружает фигуру и кажется непрерывно



продолжающимся за ней. Разделение Φ . и ϕ . может быть проиллюстрировано с помощью следующего двузначного рисунка, отдельные части которого могут восприниматься как в качестве фигуры, так и в качестве фона: Φ . и ϕ . имеют не только описательные, но и функциональные различия. Так, в зрительном восприятии фон выполняет функцию системы отсчета, относительно которой оцениваются цветовые, пространственные и другие характеристики фигуры. Отношение Φ . и ϕ . лежит в основе различных видов константностей.

ФИЗИОГНОМИКА (от греч. *physis* — природа, *gnomon* — знающий) — учение о якобы однозначной связи между внешним обликом человека и его принадлежностью к определенному типу личности, благодаря чему по внешним признакам могут быть установлены психологические характеристики этого типа. Возникло в древности на основе представления о предопределенности психического (нравственного) в человеке и телесного тем, что ему изначально предписано природой. На протяжении веков Φ . служила предпосылкой многих типологий характеров. Но они (как и попытки оживить идеи Φ . в XX в.) не имели научных оснований (см. Характерология). **ФИКСАЦИЯ** (от лат. *fixus* — твердый, нерушимый, крепкий) — в психоанализе З. Фрейда — описательное понятие, обозначающее наличие закрепленной привязанности к объектам, периодам, фазам, предшествующему опыту, способам удовлетворения, отношениям, ситуациям, воспоминаниям, образам, симптомам, стереотипам поведения и т. д., выступающей в качестве важного внутреннего фактора амбивалентности, психических конфликтов и происхождения неврозов. Считается, что в общем феномен Φ . свидетельствует о существовании некой задержки, остановки (регрессии). З. Фрейд употреблял понятие Φ . в различных сопрягающихся значениях: Φ . влечения, Φ . либидо, Φ . на травме — закрепление жизненных интересов и установок человека на каком-то определенном травмировавшем его событии, в силу чего настоящее и будущее становятся для него в той или иной степени чуждыми. Данная разновидность Φ . выступает в качестве общей и практически очень значимой предпосылки и черты всякого

невроза; Φ . поведения — преимущественно неосознаваемая тенденция к сохранению апробированных эффективных стереотипов поведения.

ФИЛОГЕНЕЗ (от греч. *phyllo* — род, племя, вид и *genos* — происхождение) — историческое формирование группы организмов. В психологии Φ . понимается как процесс возникновения и исторического развития (эволюции) психики и поведения животных; возникновения и эволюции форм сознания в ходе истории человечества. Φ . изучают зоопсихология, этнопсихология, историческая психология (см. Социогенез), а также антропология, этнография, история, другие социальные дисциплины. Основными проблемами при изучении Φ . считаются: выделение главных этапов эволюции психики животных (в связи с особенностями среды обитания, строения нервной системы и т. д.; одной из наиболее известных остается схема К. Бтолера: инстинкт — навык — интеллект); выявление условий перехода от этапа к этапу, общих факторов эволюции; выделение главных этапов эволюции форм сознания (в связи с особенностями производственной деятельности, социальных отношений, культуры, языка и т. д.); установление соотношения основных этапов- Φ . (в частности, человеческой психики) и онтогенеза (см. Развитие психики).

ФЛЕГМАТИК (от греч. phlegma — слизь) — субъект, обладающий одним из четырех основных типов темперамента, характеризующийся низким уровнем психической активностью, медлительностью, невыразительностью мимики. Ф. трудно переключается с одного вида деятельности на другой и приспосабливается к новой обстановке. У Ф. преобладает спокойное, ровное настроение. Чувства и построения обычно отличаются постоянством. При неблагоприятных условиях у Ф. может развиваться вялость, бедность эмоций, склонность к выполнению однообразных привычных действий. И. П. Павлов считал, что Ф. отличает сильный, уравновешенный, инертный тип нервной системы.

ФОБИИ (от греч. phobos — страх) — навязчивые неадекватные переживания страхов конкретного содержания, охватывающих субъекта в определенной (фобической) обстановке и сопровождающихся вегетативными дисфункциями (сердцебиение, обильный пот и т. п.). Ф. встречаются в рамках неврозов, психозов и органических заболеваний головного мозга. При невротических Ф. больные, как правило, осознают необоснованность своих страхов, относятся к ним как к болезненным и субъективно мучительным переживаниям, которые они не в силах контролировать. Если пациент не обнаруживает отчетливое критическое понимание беспочвенности, неразумности своих страхов, то чаще это не Ф., а патологические сомнения (опасения), брей. Ф. имеют определенные поведенческие проявления, цель которых — избегание предмета Ф. или уменьшение страха с помощью навязчивых, ритуализованных действий. Невротические Ф., в «клетку» которых невротик бессознательно «прячется» от неразрешимого для него конфликта, возникают обычно у людей с образным мышлением и в то же время с известной душевной инертностью, вегетативной неустойчивостью. В большинстве случаев Ф. проходят при квалифицированном психотерапевтическом вмешательстве.

ФОРМИРУЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ — см Эксперимент формирующий.

ФОРТУНАТОВ Григорий Алексеевич (1891-1972) — российский психолог и педагог. Основное направление исследований — детская психология (см. Возрастная психология). Ф. изучал эмоциональные состояния, вопросы группового взаимодействия в так называемых «самовозникающих коллективах», проблемы психологии творчества. Автор учебных пособий по педологии, учебника для средней школы («Психология», 1956/в соавт. с А. В. Петровским).

ФРАНКЛ Виктор Эмиль (1905-1997) — австрийский психиатр и психолог. Автор концепции логотерапии, согласно которой движущей силой человеческого поведения является стремление найти и реализовать существующий во внешнем мире смысл жизни. Человек не задает этот вопрос, а отвечает на него своими реальными поступками. Роль смысла выполняют ценности — смысловые универсалии, обобщающие опыт человечества. Ф. описывает три класса ценностей, позволяющих сделать жизнь человека осмысленной: ценности творчества (в первую очередь труд); ценности переживания (в частности, любовь} и ценности отношения (сознательно вырабатываемая позиция в критических жизненных обстоятельствах, которые невозможно изменить). Осуществляя смысл, человек осуществляет тем самым себя; самоактуализация — это лишь побочный продукт осуществления смысла. Совесть — орган, который помогает человеку определить, какой из потенциальных смыслов, заложенных в ситуации, является для него истинным. Ф. выделял три онтологических измерения (уровня существования) человека: биологическое, психологическое и поэтическое, или духовное. Именно в последнем локализованы смыслы и ценности, играющие определяющую по отношению к нижележащим уровням роль в детерминации поведения. Воплощением самодетерминации человека выступают способности: к самотрансценденции, направленности вовне себя; к самоотстранению; к принятию позиции по отношению к внешним ситуациям и

самому себе. Свобода воли в понимании Ф. неразрывно связана с ответственностью за совершаемые выборы, без которой она вырождается в произвол («Человек в поисках смысла», 1979). Логотерапия строится на осознании пациентом ответственности за нахождение и реализацию смысла своей жизни в любых, даже критических жизненных обстоятельствах.

ФРЕЙД Зигмунд (1856-1939) — австрийский психолог, создатель психоанализа. Начав свои исследования как физиолог и врач-невропатолог, пришел к выводу, что источником многих заболеваний являются неосознаваемые больными комплексы, которые, будучи вытесненными из сознания, вызывают патологические симптомы (расстройства движений, восприятия, памяти, эмоциональной сферы и др.). На этом основании решающую роль в организации поведения придавал бессознательного ядру психической жизни, образуемому мощными влечениями, прежде всего — сексуальными (либидо). В работах «Исследования истерии» (1895, совместно с доктором И. Брейером) и «Толкование сновидений» (1900) выдвинул основные положения психоанализа как концепции личности и техники лечения нервно-психических расстройств. Применяя диагноз, используя методику расшифровки свободных ассоциаций, сновидений и трансфера, пришел к выводу, что избавление от некогда пережитых в детстве травм путем их осознания дает положительный врачебный эффект. В психической жизни Ф. выделял три уровня: бессознательный, предсознательный и сознательный. Бессознательное является источником инстинктивного заряда мотивационной энергии (см. Мотивация). Предсознательное содержит психические акты и явления, которые без особого напряжения могут быть осознаны субъектом. Сознательное не является пассивным отражением того, что происходит в сфере бессознательного, но находится с ним в неизменном конфликте, вызванном необходимостью подавлять сексуальные влечения. Первоначально эта схема применялась к объяснению клинических фактов, затем она была перенесена на некоторые обычные проявления психической жизни — обмолвки, шутки, описки, провалы памяти и др. («Психопатология обыденной жизни», 1901). Во всех случаях предполагалось, что либидо прорывается сквозь «цензуру» сознания и ищет различные обходные пути, разряжаясь в формах, являющихся внешне нейтральными и случайными, однако имеющими для личности смысл значимого символа и симптома. Считалось, что в период развития организма от младенчества до зрелого возраста сексуальный инстинкт претерпевает ряд метаморфоз или фаз (оральная, анальная, фаллическая). Задача усматривалась в выявлении этих фаз, с тем чтобы найти источник сексуальных нарушений, вызывающих у личности невроз в поздний период ее жизни. Особое место отводилось «Эдипову комплексу». Продолжая практику психотерапевта, Ф. обратился от исследования индивидуального поведения к истории человеческой культуры, полагая, что и в ней (мифах, памятниках литературы и искусства) воплощены сексуальные комплексы («Тотем и табу», 1913; «Психология масс и анализ человеческого Я», 1921). В структуре личности Ф. выделял три взаимодействующих компонента: Оно, Я и Сверх-Я, выступая против теорий, отождествлявших личность с ее сознанием и самосознанием или с ее психофизиологическими особенностями.

В поздний период творчества Ф. сосредоточился на социокультурных проблемах («Будущее одной иллюзии», 1927, «Цивилизация и недовольные ею», 1929, «Моисей и монотеизм», 1939).

ФРЕЙДИЗМ — названное по имени австрийского психолога З. Фрейда направление, объясняющее развитие и структуру личности иррациональными, антагонистическими сознанию психическими факторами и использующее основанную на этих представлениях технику психотерапии. Возникнув как концепция объяснения и лечения неврозов (см. Психогении), Ф. в дальнейшем возвел свои положения в ранг общего учения о человеке, обществе и культуре, приобретя большое влияние. Ядро Ф. образует представление об

извечной тайной войне между скрытыми в глубинах индивида бессознательными психическими силами (главной из которых является сексуальное влечение — либидо) и необходимостью выжить во враждебной этому индивиду социальной среде. Запреты со стороны последней (создающие «цензуру» сознания), нанося душевную травму, подавляют энергию бессознательных влечений, которая прорывается на обходных путях в виде невротических симптомов, сновидений, ошибочных действий (оговорок, описок), забывания неприятного и т. п. Психические процессы и явления рассматривались во Ф. с трех основных точек зрения: топической, динамической и экономической. Первоначально топическая система душевной жизни была

представлена у Фрейда тремя инстанциями: бессознательным, предсознательным и сознанием, взаимоотношения между которыми регулировались цензурой. С начала 20-х гг. Фрейдом выделяются иные инстанции: Я (Эго), Оно (Ид) и Сверх-Я (Супер-эго). Две последние системы локализовались в слое «бессознательное». Динамическое рассмотрение душевных процессов предполагало их изучение как форм проявлений определенных (обычно скрытых от сознания) целенаправленных влечений, тенденций и т. п., а также с точки зрения переходов из одной подсистемы душевной структуры в другую. Экономическое рассмотрение означало анализ психических процессов с точки зрения их энергетического обеспечения (в частности, энергией либидо). Энергическим источником, согласно Фрейду, является Оно (Ид). Ид — средоточие слепых инстинктов, либо сексуальных, либо агрессивных (см. Агрессия), стремящихся к немедленному удовлетворению независимо от отношений субъекта к внешней реальности. Приспособлению к этой реальности служит Эго, которое воспринимает информацию об окружающем мире и состоянии организма, сохраняет ее в памяти и регулирует ответные действия индивида в интересах его самосохранения. Супер-эго включает моральные стандарты, запреты и поощрения, усвоенные личностью большей частью бессознательно в процессе воспитания, прежде всего от родителей. Возникая благодаря механизму идентификации ребенка со взрослым (отцом), оно проявляется в виде совести и может вызвать чувства страха и вины. Поскольку требования к Эго со стороны Ид, Супер-эго и внешней реальности (к которой индивид вынужден приспособляться) несовместимы, он неизбежно пребывает в ситуации конфликта. Это создает невыносимое напряжение, от которого индивид спасается с помощью «защитных механизмов» — вытеснения, рационализации, сублимации, регрессии (см. Защита психологическая). Важную роль в формировании мотивации Ф. отводит детству, которое якобы однозначно определяет характер и установки взрослой личности. Задача психотерапии усматривается в том, чтобы выявить травмирующие переживания и освободить от них личности путем катарсиса, осознания вытесненных влечений, понимания причин невротических симптомов. Для этого используется анализ сновидений, метод «свободных ассоциаций» и др. В процессе психотерапии врач наталкивается на сопротивление пациента, которое сменяется эмоционально позитивной установкой пациента по отношению к врачу, трансфером, благодаря чему возрастает «сила Я» пациента, который осознает источник своих конфликтов и изживает их в «обезвреженной» форме. Ф. ввел в психологию ряд важных проблем — бессознательной мотивации, соотношения нормальных и патологических явлений психики, ее защитных механизмов, роли сексуального фактора, влияния детских травм

на поведение взрослого, сложного строения личности, противоречий и конфликтов в психической организации субъекта. В трактовке этих проблем он отстаивал встретившие критику со стороны многих психологических школ положения о подчиненности внутреннего мира и поведения человека

асоциальным влечениям, всесили либидо (пансексуализм), антагонизме сознания и бессознательного. Неадекватно интерпретированный психический фактор предстал в виде определяющего как для телесной, так и для социальной жизни. Подчинив этому фактору историю общества и культуры, Ф., по существу, мистифицировал ее.

ФРЕЙДОМАРКСИЗМ (от фамилий З. Фрейда и К. Маркса) — общее обозначение различных течений, стремящихся объединить фрейдизм и марксизм, но руководствующихся при этом разнообразными идеями, ориентациями, принципами и основаниями. Наиболее типичны стремления к объединению на основе общности отдельных положений, т. е. объединению по принципу равновесной дополнительности. Основателем Ф. считается австро-американский психоаналитик В. Райх, согласно которому современная социальная теория должна включать в себя высшие достижения теоретической мысли и их синтез. По В. Райху, такой теорией может быть его сексуально-экономическое учение, основывающееся на «социальном фундаменте К. Маркса и психологическом фундаменте З. Фрейда» и являющееся массово-психологическим и сексуальносоциологическим. По мнению В. Райха, марксистски ориентированная революционная борьба пролетариата должна быть дополнена борьбой за сексуальную свободу (см. Сексология), совершением сексуальной революции и осуществлением новой политики в области сексуальных отношений и воспитания. Сформировавшийся в 20-е гг. XX в. Ф. получил значительное распространение в Советской России (М. А. Рейснер, А. Б. Залкинд и др.), где вместе с тем ему было оказано и противодействие (А. М. Деборин, Б. Э. Быховский, В. А. Юринец и др.). Идеи Ф. получили определенное распространение в Германии и США. В 60-е гг. XX в. в США и Европе (преимущественно во Франции) приобрели популярность различные фрейдомарксистские идеи немецко-американского философа и социолога Г. Маркузе, утверждавшего, что смысл капиталистической эксплуатации состоит в ограничении влечений, и призывавшего к отказу от традиционных ценностей, бунту и революционной борьбе за «раскрепощение» инстинктов, в особенности Эроса. Определенную дань Ф. отдал лидер неопрейдизма Э. Фромм. В настоящее время идеи Ф. все еще остаются предметом научной полемики и идеологической борьбы.

ФРЕЙМ (англ. frame — остов) — категория когнитивной психологии и инженерии знаний, введенная М. Минским. Ф. представляет собой форму интерпретации реальных объектов в виде хранимого в памяти пакета знаний. Специфика Ф. состоит в его смысловой иерархической организации: Ф. начинается с ответов на вопросы «что» и «почему». Ф. описывает реальность вне ее субъективной динамики, составляющей содержание сценария. В то лее время Ф. образует контекстуальную основу сценария и систему предпосылок процесса решения задач.

ФРЕНОЛОГИЯ (от греч. phrenos — душа, нрав, характер и logos — учение) — выдвинутое Ф. Галлем учение о связи психических особенностей человека или животного с наружной формой черепа. Основная идея: кора головного мозга состоит из ряда центров, в каждом из которых локализована определенная способность человека. При сильном развитии этой способности соответствующий центр мозга также очень развит, что якобы отражается на конфигурации черепа, позволяя составить с помощью специальных измерений френологическую карту, отражающую «шишки способностей» к музыке, поэзии, живописи, храбрости и т. д. В XIX в. Ф. пользовалась большой популярностью как метод психодиагностики. Однако многочисленные вскрытия показали: череп вовсе не повторяет формы коры головного мозга, поэтому определение по шишкам и впадинам черепа умственных и нравственных особенностей человека антинаучно и беспочвенно. Ф. на долгие годы дискредитировала рациональное в воззрениях Ф. Галля, а именно принцип локализации функций в коре головного мозга, который позднее получил

подтверждение благодаря открытию в 1870 г. Фричем и Гитцигом психомоторных центров в различных частях мозга (см. Локализация высших психических функций).

ФРИГИДНОСТЬ (от лат. *frigidus* — холодный) — сексуальная холодность женщины, проявляющаяся в снижении или отсутствии либидо, сексуальной возбудимости, специфических сексуальных ощущений и оргазма. В прошлом Ф. объяснялась биологическими, конституционными факторами. Однако, по мнению современной сексологии, она в большей мере зависит от психических особенностей и условий воспитания. К развитию Ф. могут приводить различные причины: социогенные (неправильное половое воспитание, недостаточное сексуальное просвещение, обуславливающее низкую сексуальную культуру), психогенные (акцентуации характера, нервно-психические заболевания) и соматические (различные соматические заболевания). В современной специальной сексологической литературе понятие Ф. часто заменяется термином «сексуальная дисфункция».

ФРОММ Эрих (1900-1980) — немецко-американский психолог, один из представителей неопрейдизма. Основную проблему человеческого существования усматривал в экзистенциальном противоречии (см. Экзистенциальная психология), которое состоит в нарушении естественной, гармоничной связи человека с природой и на этой основе с другим человеком и с самим собой. Тотальное отчуждение как характеристика человеческого бытия существует с момента разрыва этой естественной связи. Вся активность человека подчинена решению указанной базовой проблемы — обретению единства с миром и с самим собой. Единственно адекватным ответом на проблему человеческого существования является, согласно Ф., любовь — форма человеческих отношений, позволяющая человеку обрести подлинное «Я» («Искусство любви», 1964). Путь к оздоровлению современного общества, несовместимого с гуманистическими требованиями человеческой природы, лежит через моральное обновление, духовное очищение человека.

ФРУСТРАЦИЯ (от лат. *frustratio* — обман, расстройство, разрушение планов) — 1) психическое состояние, выражающееся в характерных особенностях переживаний и поведения, вызываемых объективно непреодолимыми (или субъективно так понимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели или решению задачи; 2) состояние краха и подавленности, вызванное переживанием неудачи. Исторически проблема Ф. связана с работами З. Фрейда и его последователей, усматривавших однозначную связь между Ф. и агрессией. В рамках бихевиористских теорий Ф. определялась как изменение или затормаживание ожидаемой реакции при определенных условиях, как помеха в деятельности. В настоящее время многие авторы используют понятие Ф. и психологического стресса как синонимы; некоторые обоснованно рассматривают Ф. как частную форму психологического стресса. Правомерно также рассматривать Ф. в контексте межличностного функционирования, и с этой точки зрения для исследователей представляет интерес сфера межличностных конфликтов и трудностей, которые могут возникать в самых разнообразных жизненных ситуациях, в том числе и в повседневных.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ (от лат. *functio* — исполнение) — направление, исследующее психические процессы с точки зрения их функции в приспособлении организма к среде. Оно возникло под влиянием эволюционной теории в биологии (Ч. Дарвин, Г. Спенсер) и в связи с запросами социальной практики, потребовавшей перейти от стерильного поэлементного анализа сознания в структурной психологии Вундта—Титченера к изучению служебной роли сознания при решении жизненно важных для индивида задач. В Ф. п. имелось несколько течений. В европейских странах естественнонаучной трактовки психических функций придерживались Г. Рибо (Франция), Н. Н. Ланге (Россия), Э. Клапаред

(Швейцария), идеалистической трактовки — К. Штумпф и представители Вюрцбургской школы (Германия). В Соединенных Штатах сложился другой вариант Ф. п., восходящий к У. Джеймсу и представленный двумя школами: Чикагской (Д. Дьюи, Д. Энджелл, Г. Керр) и Колумбийской (Р. Вудвортс). Психология понималась как наука о функциях

(или «деятельностях») сознания в их отношениях к нуждам организма и в связи с задачей его эффективной адаптации к изменяющемуся природному и социальному окружению. Область психологии тем самым существенно расширялась. Она охватывала не только сознание, но и поведение {приспособительные действия}, мотивы этого поведения, индивидуальные различия между людьми, механизмы научения и другие проблемы, сближавшие психологию с практикой. Сторонники этого направления внесли существенный вклад в экспериментальную психологию. Однако слабость их теоретических позиций, дуализм в понимании отношений между телесными и психическими функциями, телеологический взгляд на сознание как на целенаправленно действующую сущность привели к тому, что это направление утратило научное влияние. В 20-х гг. XX в. американская Ф. п. была оттеснена бихевиоризмом.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ — фоновая активность мереной системы, в условиях которой реализуются те или другие поведенческие акты животных и человека. Является общей, интегральной характеристикой работы мозга, обозначающей общее состояние множества его структур. Ф. с. зависит от особенностей характера выполняемой деятельности, значимости мотивов, побуждающих к выполнению конкретной деятельности; величины сенсорной нагрузки, которая может достигать высоких значений или резко падать в условиях сенсорной депривации; исходного уровня активности нервной системы, как отражения предшествующей деятельности субъекта; индивидуальных особенностей нервной системы; воздействий, выходящих за рамки естественной среды обитания организма (фармакологических, химических, электрических раздражений и т. д.). Ф. с. не совпадает с уровнем бодрствования, которое является его поведенческим проявлением. Существуют собственные индикаторы Ф. с, не сводимые к показателям уровня бодрствования и эффективности деятельности. К ним относятся характеристики биоэлектрической активности мозга, отражающие активность модулирующей системы мозга.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ТЕОРИЯ — концепция организации процессов в целостном организме, взаимодействующих со средой. Разработана П. К. Анохиным. В основе Ф. С. т. лежит представление о функции как достижении организмом приспособительного результата во взаимодействиях со средой. Функциональная система — это определенная организация активности различных элементов, приводящая к достижению соответствующего полезного результата. Она формируется в процессе проб и ошибок (генетически и в индивидуальном обучении) и подвергается соответственному отбору. Соотношение со средой современных организмов представляет собой иерархию функциональных систем, усложнявшуюся в процессе эволюции. Согласно Ф. с. т. в основе поведения — активного отношения организма со средой — лежат качественно специфические системные процессы или процессы организации элементов в систему; поведение целенаправленно, так как направляется опережающим отражением действительности. Соотношения организма со средой носят циклический характер: в интервале между «стимулом» и началом реакции выделяются процессы сличения параметров стимула с акцептором результатов предыдущего действия и афферентный синтез, на основе которого осуществляется принятие решения, т. е. выбор цели и программы действия; начало двигательной активности означает реализацию действия под определяющим влиянием цели (или акцептора результатов действия); достигнутые реальные результаты тоже сличаются с

акцептором результатов действия, начинается следующий цикл активного соотношения организма со средой. Трактовка нейромеханизмов поведения как функциональных систем была выдвинута Ж. М. Сеченовым и развита А. А. Ухтомским. Близкие идеи содержит физиология активности Н. А. Бернштейна. ХАЙДЕГГЕР (Heidegger) Мартин (1889-1976) — немецкий философ. Один из создателей и лидеров экзистенциальной философии. Д-р философии (1913), проф. Марбургского (с 1923) и Фрейбургского (с 1928) университетов. Занимался теологией, математикой и естествознанием, испытал воздействие философии Ф. Brentano,

Вильгельма Дильтея, с 1916 г. работал ассистентом Э. Гуссерля. В 1927 г. опубликовал работу «Бытие и время», ставшую его основным философским произведением. Исследовал ряд актуальных проблем человеческого существования, в т. ч. вопросы бытия и его структуры, временности, конечности, смысла, заброшенности, одиночества, тревоги, заботы, страха, свободы, истины и др. В 1929 г. возглавил кафедру философии, которой до этого руководил Э. Гуссерль. В послевоенный период активно исследовал проблемы мира, техники, языка, происхождения метафизического способа мышления, истины бытия и др. Создал оригинальные теории и соответствующий категориально-понятийный аппарат. По приглашению Л. Бинсвонгера неоднократно посещал его клинику, где излагал идеи своей философии психиатрам и психоаналитикам. Оказал влияние на развитие современной философии, психоанализа и др. течений глубинной психологии, всего гуманитарного знания. Автор книг «Кант и проблема метафизики» (1929), «Введение в метафизику» (1953), «Что такое мышление?» (1954), «На пути к языку» (1959), «Ницше» (тт. 1-2, 1961) и др.

ХАЛЛ Кларк Леонард (1884-1952) — американский психолог. Экспериментально изучал образование понятий, гипноз и внушение, закономерности механической памяти. Наибольшую известность приобрел как теоретик необихевиоризма, автор математической гипотетико-дедуктивной теории обучения, в которой давалась своеобразная интерпретация учения И. П. Павлова об условных рефлексах, в частности понятия «подкрепление». Главным принципом обучения Х. считал редукцию потребности (уменьшение потребности в результате ее удовлетворения) — чем чаще и интенсивнее редуцируется (удовлетворяется) потребность, тем больше сила навыка. Х. отстаивал необходимость ввести в объяснение поведения «промежуточные переменные» (предложенные Э. Ч. Толменом), т. е. факторы, опосредствующие двигательную реакцию (зависимая переменная) на раздражитель (независимая переменная). Пытаясь подойти строго математически к анализу поведения, Х. вместо с тем не придавал существенного значения познавательным факторам и нейрофизиологическим механизмам («Система поведения», 1952).

ХАРАКТЕР (от греч. *charakter* — печать, чеканка, зарубка) — подструктура личности, образуемая индивидуально-своеобразным комплексом устойчивых личностных особенностей (черт, диспозиций), определяющих присущие личности типичные формы и способы достижения целей (инструментальные проявления Х.) и самопроявления в общении с другими людьми (экспрессивные проявления Х.). Этимологически слово Х. употребляется в трех значениях:

- 1) применительно к любым объектам и явлениям (Х. процесса, Х. ландшафта) как обозначающее их «образное своеобразие», нечто «характерное» для них;
- 2) применительно к животным и человеку как обозначающее их душевное (психическое) своеобразие;
- 3) применительно только к человеку как характеризующее его не только с психологической, но и с морально-этической стороны (хороший или плохой, сильный или слабый Х., «с Х.» или бесхарактерный). Наука о Х. в психологическом значении слова — характерология — имеет столь же длительную историю, как и сама

психология. На протяжении тысячелетий характерология как сфера науки, искусства и житейской мудрости стремилась решить две основные задачи: типологизации Х. (темпераментов) и определение Х. (или темперамента) по тем или иным внешним признакам (или «психогностика») (В. Штерн).

Различия человеческих Х. как наиболее существенных свойств и особенностей человека, определяющих его внешний облик и поведение (индивидуальные различия в широком смысле), с глубокой древности обращали на себя внимание философов и врачей. Древнейшая из известных типологий Х., основанная на 12 астрологических знаках, которые обозначают особенности жизни и связанные с ними свойства поведения разных животных, приписывается древневавилонскому мудрецу Аккадеру (30 в. до н. э.). Дальнейшее развитие астрологическая типология получила в труде К Птолемея «Тетрабиблос», в котором утверждалось, что положение звезд во время рождения человека оказывает решающее влияние на его индивидуальные особенности и

на протяжении всей жизни определяет его судьбу, при этом все многообразие характеров и судеб описывалось теми же двенадцатью основными типами, которые практически не изменились до настоящего времени. Основы представления о Х. как типе социального поведения заложил Платон, который, исходя из своей теории строения души, описал 5 главных типов Х.: нормальный, тимократический, олигархический, демократический и тиранический. Типологическую традицию Платона продолжил и развил ученик Аристотеля Теофраст (4-3 в. до н. э.) в знаменитых «Характерах», трактате, считающимся первым настоящим исследованием Х. Отталкиваясь от одной доминирующей черты, Теофраст описывает тип Х.: насмешник, пустослов, угодник, болтун, тупица, грубиян, ворчун, трус и т. д. Расширенный перенос Теофраста в Новое время осуществил в XVII в. его переводчик и популяризатор Лабрюйер в собственных «Характерах». Представления медицинского естествознания о типах Х. тесно переплетается с учением о темпераменте и конституции как соматическом типе строения организма человека. Конкретный тип темперамента, так же, как и Х., мог объясняться, например, преобладанием в организме определенного «гумора» (Гиппократ, Гален), составом крови (Аристотель), влиянием космогонических факторов (Парацельс), типом сложения (Кречмер), особенностями воли (Клагес) и т. д. Типологии Х., в основе которых лежит заложенное в античности учение о темпераментах, соединившее в своих основах идеи морфологической (конституция) и физиологической («соки», кровь и проч.) обусловленности психического своеобразия человека, более чем за 2000 лет до настоящего времени не претерпели ничего существенно нового. В Новое время утвердилось собственно психологическое понимание Х. как психического (внутреннего) своеобразия человека. Утвердилась мысль о том, что индивидуумы различаются между собой не внешними социально значимыми признаками поведения, а прежде всего невидимыми свойствами, которые являются их причиной и образуют Х. человека С XIX в. характерология приобретает черты систематической научной дисциплины, призванной изучать сущностные различия человека, сводя их к некоторой простой форме (типу) или заостряя внимание на неповторимости их комбинации у конкретного индивида. К началу XX в. чрезвычайно расширилась палитра объяснения характерологических различий и понимания сути Х. Понимание Х. не как типа, а как уникальности конкретного индивидуума было сформулировано в немецкой характерологии. Понимание Х. как типа во французской характерологии строилось в основном на морфо-физиологической основе. С XIX в. от более умозрительной характерологии отделяется проблема объективно измеряемых формальных человеческих различий (как простых — интеллект, память, внимание и проч., так и более сложных — творческие и организаторские способности, профессиональная

пригодность и т. д.). Развитые в работах англичан Ч. Дарвина, Г. Менделя, Ф. Гальтона, американца Дж. М. Кеттелла, немцев Эббингауза, Вундта и др., французов Бине, Анри Симона методы, получив теоретическое обоснование в работах В. Штерна (1911), образовали отдельную дисциплину — дифференциальную психологию. Непосредственной предшественницей дифференциальной психологии была «психогностика», главной задачей которой было, во-первых, установление отношений между внешне воспринимаемыми состояниями, движениями и обликом человека и его индивидуальным психическим своеобразием, во-вторых — распознавание на основе этих связей Х. отдельных индивидов. Эмпирическое направление психогностики представлено конституциональным подходом, физиогномикой, френологией и графологией, а также философско-литературной характерологией. Физиогномику практиковал уже Пифагор (6 в. до н. э.), Анаксагор (о в. до н. э.) отбирал себе учеников по форме руки. Основоположником европейской физиогномики считается Аристотель (4 в. до н. э.). Более специфическим методом определения Х. было обращение к конституциональным и физиологическим факторам. Уже Гиппократ при объяснении темпераментов отчасти опирался на особенности строения тела. Законченное выражение конституционально-характерологический подход получил в работах Э. Кречмера (1921) и В. Г. Шелдона (1927). В XIX в. появляется «физиогномика функций», согласно которой Х. проявляется в неосознанных целесообразных и функционально обусловленных движениях. Эта позиция широко представлена в немецкой характерологии через анализ мимики (Ф. Лерш, А. Веллек), речи (И. Б. Рифферт), общей экспрессии (Л. Клагес), походки и т. д. В настоящее время это направление развивается в русле социально-психологические; исследований аттракции, невербальной коммуникации, теории атрибуции и т. п. Общим недостатком всех психогностических методов является произвольное выделение одной из многих групп внешних признаков как единственного средства познания Х. С развитием в 10-30-е гг. XX в. психологии личности встала проблема соотношения понятий личности и Х. В послевоенной американской академической психологии понятие Х. практически вышло из употребления, сохранившись только в клинически ориентированных подходах как обозначающее принадлежность к тому или иному типу. В то же время в европейской психологии (Германия, Франция) понятие Х. сохраняется как одно из важных общепсихологических понятий, причем в немецкой традиции оно включает в свое определение элементы духовности, а во французской трактуется как совокупность присущих личности характерных форм аффективного реагирования.

В российской психологии основы учения о Х. были заложены А. Ф. Лазурским, трактовавшим Х. как совокупность устойчиво присущих человеку душевных наклонностей. Позже, в 50-е гг. Х. отождествлялся с индивидуально-своеобразным в личности, в противоположность социально-типичному. Новый всплеск интереса к проблеме Х. возник в 80-е гг., когда ряд авторов начал рассматривать Х. как подструктуру личности, опираясь на идеи Л. С. Выготского, противопоставившего традиционной идее Х. как неизменного типа представление о Х. как о динамически развивающейся функционально целесообразной структуре, участвующей в процессах адаптации индивида к миру и формирующейся в ходе этой адаптации. Согласно современным отечественным воззрениям, Х. выступает как форма проявления личности в узком смысле слова (содержательной или смысловой сферы личности), как готовность человека осуществлять в более или менее типичных ситуациях при определенных условиях определенные фиксированные формы или способы поведения. Х. выступает как защитная оболочка, опосредующая как воздействия внешней среды на личность (смягчая или обостряя их), так и

воздействия личности на среду, придавая действиям субъекта те или иные инструментальные или экспрессивные свойства (напористость, мягкость, импульсивность, открытость, осторожность и др.). Представления о Х. в клинической психологии, в частности, в контексте проблемы тгси-гопатии, развиваются в основном в традициях типологически ориентированной характерологии (П. Б. Ганнушкин, К. Леонгард, А. Е. Личко) (см. Акцептуация характера). В социальной психологии используются также понятия социального и национального Х. Понятие социального Х., введенное Э. Фроммом, означает совокупность устойчивых личностных черт, присущих членам некоторой социальной группы и сложившихся в результате основного опыта и способа жизни, общего для этой группы. Понятие национального Х. означает совокупность черт, характеризующих представителей одной нации или этнокультурной общности в отличие от другой. Проблемам национального Х. было посвящено в 50-80-е гг. большое количество экспериментальных исследований, в которых не удалось обнаружить значимых и устойчивых характерологических различий между нациями; тем самым проблема национального Х. перешла в плоскость социально-психологических стереотипов и образов своей и других наций.

ХАРИЗМА (от греч. charisma — подарок) — наделение личности свойствами, вызывающими преклонение перед ней и безоговорочную веру в ее возможности. Этот феномен характерен для малых и особенно для больших групп, склонных персонифицировать свои идеалы в процессе сплочения. Х. чаще возникает в экстремальных исторических обстоятельствах. Харизматическому лидеру приписываются все успехи его сторонников, даже явные неудачи обращаются его прославлением (бегство воспринимается как спасение, любые потери — как необходимые жертвы, абсурдные утверждения — как непостижимая мудрость). Способности харизматического лидера, выступающего на религиозной или политической арене, мистифицируются; для него типична функция избавителя. Х. возникает, когда складывается соответствующая социально-психологическая потребность. Как феномен групповой психологии Х. обычно воспринимается в обращенном виде: внимание сосредоточивается в основном на лидере, а не на создающих Х. его последователях. В религиозной психологии (см. Психология религии) Х. предстает как милость Божия. Известны попытки придать Х. преходящий характер, распространить ее на наследников, закрепить иерархически, но они психологически не эффективны.

ХИРОМАНТИЯ (от греч. cheir — рука и manteia — гадание, пророчество) — одна из древнейших систем гадания об индивидуальных особенностях человека, чертах его характера, пережитых им событиях и его грядущей судьбе по кожному рельефу ладоней — папиллярным и особенно флексорным линиям. Х. возникла в глубокой древности и была известна у индусов, халдеев, евреев, греков, римлян. В своих истоках Х. тесно связана с астрологией, поскольку главными признаками руки, которые принимаются во внимание при гадании, являются «семь холмов» на ладони, называемые именами Солнца и шести планет: Венеры, Юпитера, Сатурна, Меркурия, Марса и Луны. Наиболее ранние, собственно научные, сообщения по изучению кожных покровов рук относятся к XII столетию. В 1686 г. Мальпиги дал краткое описание узоров ладоней и пальцев человека. В XIX в. наиболее известными исследованиями в этой области были работы чешского ученого Я. Пуркине и американца Уайлдера. Научной психологией Х. неизменно отвергалась, однако изучение эмбрионального развития пальцевых узоров в связи с наследственностью дало толчок к возникновению новой отрасли знания — дерматоглифики (от греч. derma — кожа и glyphe — гравировать). Этот термин предложен американскими учеными Камминсом и Мидлом. В последнее время некоторые исследователи уже в русле дерматоглифики пытаются из традиционной практики гадания по руке вычленить знание о телесном

запечатлении индивидуальных особенностей человека; исследуется гипотеза о том, что формирование кожного рисунка ладоней, как и развитие мозга, происходит на 3-4 месяце внутриутробного развития и обусловлены одним и тем же влиянием генного набора родителей или хромосомными aberrациями у плода.

ХОЛЕРИК (от греч. chole — желчь) — субъект, обладающий одним из четырех основных типов темперамента, характеризующийся высоким уровнем психической активности, энергичностью действий, резкостью, стремительностью, силой движений, их быстрым темпом, порывистостью. Х. склонен к резким сменам настроения, вспыльчив, нетерпелив, подвержен эмоциональным срывам, иногда бывает агрессивным (см. Поведение агрессивное). И. П. Павлов относил Х. к сильному неуравновешенному типу. При отсутствии надлежащего воспитания недостаточная эмоциональная уравновешенность может привести к неспособности контролировать свои эмоции в трудных жизненных обстоятельствах.

ХОЛЛ Гренвилл Стэнли (1846-1924) — американский психолог, один из основоположников педологии, сторонник экспериментальной педагогики. С целью исследования детской психики Х. широко распространял вопросники, отвечая на которые дети должны были сообщать о своих чувствах (в частности, моральных и религиозных), о своем отношении к другим людям («Юность», 1904). Методика вопросников встретила резкую критику, поскольку строилась на признании достоверности высказываний детей о самих себе. Впоследствии метод вопросников был заменен методом тестов. В объяснении психического развития ребенка Х. опирался на биогенетический закон, на основе которого в детскую и педагогическую психологию вводился принцип рекапитуляции (сокращенного повторения основных этапов развития человечества). Формирование психики детей трактовалось как фатальный переход от одной фазы развития человеческого рода к другой. Например, характер детских игр объяснялся проявлением и «изживанием» охотничьих инстинктов первобытных людей, а игры подростка считались воспроизведением образа жизни воинственных племен. Из применения биогенетического закона к психологии детей следовали неприемлемые для современной науки выводы. Х. настаивал, в частности, на том, что детям нужно предоставлять возможность проходить через анимистические, религиозные и др. стадии в своем развитии («Проблемы воспитания», 1911).

ХОРНИ Карен (1885-1952) — американский психолог. Разделяя основные положения психоанализа о решающей роли бессознательного, об антагонизме природного и социального, Х. акцентировала значение воздействия окружающей социальной среды на формирование личности. Основу мотивации человека она усматривала в чувстве беспокойства — «коренной тревоге», которая возникает у ребенка из-за «изолированности и беспомощности в потенциально враждебном мире». Это чувство заставляет человека стремиться к безопасности, в нем заключена потребность к самореализации. Эти положения легли в основу неопрейдизма. Каждый индивид может и хочет совершенствовать свой личностный потенциал, но когда это естественное стремление блокируется внешним социальным влиянием, возникает невротический конфликт. Чтобы подавить его, человек использует защитные механизмы в виде определенных «стратегий» поведения, таких, как движение к людям, от людей, против людей (см. Защита, психологическая).

ЦВЕТОВОЕ ВОСПРИЯТИЕ (цветовая перцепция) — зрительное восприятие предметных цветов (см. Цвет}, т. е. хроматичности объектов, характеризующихся не просто спектральным составом и интенсивностью излучения, а целым комплексом физических характеристик, связанных с конфигурацией, формой, пространственной ориентацией, движением, фигуоро-фоновыми отношениями (см. Фигура и фон) и многими другими

перцептивными качествами зрительного образа. В отличие от цветового ощущения, которое характеризует зрительный образ, порождаемый в специальных лабораторных условиях, Ц. в. характеризует цвет реального предмета, например, цвет лимона, лежащего на тарелке. Восприятие цвета в этом случае зависит не только от излучения, попадающего в глаз поверхности лимона, но и от излучения, которое отражается от поверхности, на которой находится лимон.

ЦВЕТООЩУЩЕНИЕ — способность зрительной системы преобразовывать спектральный состав светового излучения в целостное субъективное качество — хроматичность (или «цветность»). Целостность цветового ощущения определяется законом цветового смешения, согласно которому, какой бы ни был физический состав светового излучения (простой, монохроматический, или сложный, составленный из многих длин волн), ощущение цвета будет качественно однородным, в связи с чем невозможно по цвету определить состав электромагнитных волн излучения. Хроматичность каждого цвета характеризуется двумя цветовыми качествами — цветовым тоном (красный, синий, желтый и т. д.) и цветовой насыщенностью. Чем более отличается данный цвет от белого, тем больше его насыщенность и тем меньше его белизна, и наоборот. Белизна цвета, таким образом, это качество цвета, обратное насыщенности.

ЦЕЛЕОБРАЗОВАНИЕ — процесс порождения новых целей в деятельности человека, одно из проявлений мышления. Ц. может быть как произвольным, так и произвольным, характеризоваться временной динамикой. Существует ряд механизмов Ц.: превращение полученного требования в индивидуальную цель, выбор одного из имеющихся требований, превращение мотивов в мотивы-цели при их осознании, превращение побочных результатов действия в цель, преобразование неосознанных предвосхищений в цель, выделение промежуточных целей, переход от предварительных к окончательным целям, образование иерархии и временной последовательности целей. Исследования Ц. образуют одно из важных направлений психологического анализа деятельности (индивидуальной и совместной): изучаются зависимость Ц. от мотивации деятельности, роль эмоций в актах Ц., оценки достижимости результата, соотношение общих и конкретных целей. Анализ Ц. ведется в функциональном плане, в плане исторического развития психики, онтогенетического

(см. Онтогенез) развития психики и биологической предыстории целей как осознанных образов будущих результатов действия.

ЦЕЛОСТНАЯ ПСИХОЛОГИЯ — общее название для ряда школ и направлений в психологии, предложивших и обосновавших целостный подход к анализу различных явлений человеческого сознания и поведения. К ним относят Лейцигскую школу, гештальт-психологию, школу К. Левина (см. Топологическая психология). Австрийскую (Грацскую) школу, которая поставила проблему целостности в психологии, хотя ей и не удалось преодолеть элементаризм, следует рассматривать как непосредственную предшественницу Ц. п.

ЦЕЛОСТНОСТЬ ВОСПРИЯТИЯ — свойство восприятия, состоящее в том, что всякий объект, а тем более пространственная предметная ситуация воспринимаются как устойчивое системное целое, даже если некоторые части этого целого в данный момент не могут быть наблюдаемы (например, тыльная часть вещи). Проблема Ц. в. впервые была экспериментально исследована представителями гештальт-психологии. Однако здесь Ц. в. выступала как изначальное его свойство, определяемое законами сознания. Отечественная психология рассматривает Ц. в. как отражение целостности, объективно присущей воспринимаемому. Образ, формирующийся в процессе отражения действительности, обладает высокой избыточностью. Это значит, что некоторая совокупность компонентов образа содержит информацию не только

о самой себе, но и о других компонентах, а также об образе в целом. Так, наблюдатель, который по условиям восприятия мог наблюдать голову и плечи прохожего, воспринимает положение его рук, туловища и даже характер его походки. Степень отчетливости этого восприятия зависит от предвосхищения отсутствующих в данный момент частей объекта.

ЦЕЛЬ — осознанный образ предвосхищаемого результата, на достижение которого направлено действие человека. В психологии понятие Ц. также употребляется в следующих значениях: формальное описание конечных ситуаций, к достижению которых стремится любая саморегулирующаяся функционирующая система; предвосхищаемый полезный результат (образ «потребного будущего» по Н. А. Бернштейну), определяющий целостность и направленность поведения организма. Представления о Ц. как предвосхищаемом полезном результате используются при анализе биологической предыстории возникновения осознаваемой цели человека и исследовании психофизиологических механизмов регуляции целенаправленных поведенческих актов. Понятие о Ц. как осознаваемом образе предвосхищаемого результата служит при изучении произвольных преднамеренных действий, представляющих специфическую черту человеческой деятельности (см. Акцептор результатов действия). Основой формирования Ц. у человека является его предметно-материальная, трудовая деятельность, направленная на преобразование окружающего мира.

ЦЕНА ОШИБКИ — значимость ошибок, как для деструктивных, так и для конструктивных процессов, связанных с функционированием человека. В психологии труда Ц. о. соотносится с быстротой обнаружения ошибки, допущенной человеком, возможностью ее устранения и последствиями от ошибочного действия или бездействия. Эти последствия могут отразиться на качестве технологического процесса, состоянии объекте управления, изменении окружающей среды, сохранности жизни и здоровья людей. В настоящее время приходит понимание, что Ц. о. имеет не только экономическое, но и экологическое, социальное, нравственное и политическое измерение.

ЦЕНЗУРА (от лат. *Censura* — надзор) — в психоанализе З. Фрейда — функционально-образное представление инстанций, механизмов, сил и тенденций, постоянно фильтрующих различные психические импульсы и препятствующих их проникновению из одной системы психики в другую. Наиболее часто понятие Ц. использовалось З. Фрейдом для:

а) обозначения разнообразных вытесняющих тенденций, проявляющихся в зоне перехода от бессознательного к сознательному (сознанию) и б) обозначения механизма искажения сновидений, осуществляющего пропуск, модификацию и перегруппировку материала сновидений (главным образом, неприемлемых для сознания различных бессознательных влечений). Согласно психоанализу, все, отклоненное Ц., находится в состоянии вытеснения. В процессе сна действие Ц. ослабляется, в силу чего вытесненные влечения проявляются в сновидениях.

ЦЕННОСТНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ — разновидность регуляции процессов, участвующих в управлении поведением человека, группы, сообщества. Ц. р. направлена на обеспечение соответствия поведения, оценок, решений, всей активности субъекта разделяемым им ценностям. Понимание закономерностей Ц. р. необходимо для обоснованных прогнозов поведения людей, когда ими делается выбор.

ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТАЦИОННОЕ ЕДИНСТВО — один из основных показателей сплоченности группы, фиксирующий степень совпадения позиций и оценок ее членов по отношению к целям деятельности и ценностям, наиболее значимым для группы в целом. Показателем Ц.-о. е. служит частота совпадений позиции членов группы в отношении значимых для нее объектов оценивания. Высокая степень Ц.-о. е. выступает важным источником

интенсификации внутригруппового общения и повышения эффективности совместной деятельности. Ц.-о. е. не приводит к нивелировке личности в группе, так как не препятствует разнообразию вкусов, интересов, привычек и т. п. членов группы. Оно не предполагает также обязательного совпадения в понимании способов достижения общих для всех членов группы целей.

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ — отражение в сознании человека ценностей, признаваемых им в качестве стратегических жизненных целей и общих мировоззренческих ориентиров. Понятие Ц. о. было введено в послевоенной социальной психологии как аналог философского понятия ценностей, однако четкое концептуальное разграничение между этими понятиями до сих пор отсутствует. Хотя Ц. о. рассматривали как индивидуальные формы репрезентации надындивидуальных ценностей, понятия ценностей и Ц. о. различались либо по параметру «общее— индивидуальное», либо по параметру «реально действующее — рефлексивно создаваемое» в зависимости от того, признавалось ли наличие индивидуально-психологических форм существования ценностей, отличных от их присутствия в сознании. Сейчас более принятым является восходящее к К. Клакхону определение ценностей как аспекта мотивации, а Ц. о. — как субъективных концепций ценностей или разновидностей аттитюдов (социальных установок), занимающих сравнительно высокое положение в иерархической структуре регуляции деятельности личности.

ЦЕННОСТЬ — любой «объект» (в том числе и идеальный), имеющий жизненно важное значение для субъекта (индивида, группы, слоя, этноса). В широком понимании в качестве Ц. могут выступать не только абстрактные привлекательные смыслы, или ситуативные Ц., но и стабильно важные для индивида конкретные материальные блага. В более узком значении принято говорить о ценностях как о духовных идеях, заключенных в понятиях, которые имеют высокую степень обобщения. Формируясь в сознании, эти Ц. постигаются в ходе освоения культуры. Конечные предпочтения следует считать базовыми или «верховными» (Ницше) Ц., поскольку все внешние предпочтения так или иначе сводятся к внутренним, а внутренние — к конечным предпочтениям. Социальная психология изучает проблему Ц. с точки зрения возможности прогнозирования социального поведения людей, приверженцев тех или иных Ц. Общая психология исследует проблему ценностной регуляции, специфику ее логики и действующих при этом психологических механизмов. Между базовой Ц. и действиями, выбором, оценкой объекта часто обнаруживается большое число опосредствующих механизмов. Многочисленные дефиниции базовых ценностей укладываются в две основные парадигмы. Речь идет либо о достаточно абстрактно выраженных концепциях того, что наиболее желательно, эмоционально привлекательно, способно описать идеальное состояние бытия людей («свобода», «безопасность», «достаток», «смысл жизни»), либо о столь же глубоко эмоционально предпочитаемом модусе поведения или действий («честный», «логичный», «аккуратный»). Первые определения включают в себя терминальные Ц., вторые — Ц. инструментальные, в число которых входят, например, моральные ценности («ответственный») и ценности компетенции («логичный», «умный», «имеющий воображение»). С точки зрения функциональной, инструментальные Ц. активизируются как критерии (или стандарты) при оценке и выборе только модуса поведения, действий, а терминальные — при оценке и выборе как целей деятельности, так и допустимых способов их достижения.

ЦЕНТРАЦИЯ (от лат. centrum — центр круга) — эффект, обнаруженный в гештальт-психологии немецкими психологами В. Кёлером и М. Вертгеймером при исследовании зрительных иллюзий и заключающийся в том, что элементы, на которых фиксируется взгляд, переоцениваются по сравнению с остальными: поле восприятия как бы расширяется в зоне «фокуса внимания»

при одновременном сжатии и некотором искажении периферийной части поля. Следствием Ц. является частичная деформация воспринимаемого объекта, возможность появления «систематических ошибок» в оперировании с его образом и практической деятельности с ним. Общим механизмом преодоления смысловых искажений, вносимых эффектом Ц., выступает процесс децентрации. Эффект Ц. был обнаружен в исследованиях по межличностному восприятию американского психолога С. Аша, который установил, что в создании целостного представления о личности другого человека некоторые его воспринятые качества выступают как центральные, вокруг которых группируются другие характеристики и качества.

ЧЕЛОВЕК — существо, воплощающее высшую ступень развития жизни, субъект общественно-исторической деятельности. Ч. является системой, в которой физическое и психическое, генетически обусловленное и прижизненно сформированное, природное, социальное и духовное образуют нерасторжимое единство. Ч. выступает как: организм (наделенный психикой); индивид (что означает его принадлежность к роду *homo sapiens*); индивидуальность (характеризующая отличие одного индивида от другого); субъект (производящий изменения в окружающем мире, других людях и в нем самом); носитель ролей (половых, профессиональных, конвенциональных и др.); Я-образ (система представлений, самооценка, уровень притязаний и др.); личность (как системное социальное качество индивида, его персонализация, отраженная субъектность в других людях и в самом себе как в другом). Ч. является предметом изучения ряда наук: антропологии, социологии, этнографии, педагогики, анатомии, физиологии и др. Практически вся психология обращена к проблеме Ч. как индивида, включенного в социальные связи, его развития в процессах обучения и воспитания, его формирования в деятельности и общении. Объективно существующее многообразие проявлений Ч. в эволюции природы, истории общества и в его собственной жизни создали образы Ч., явно или скрыто существующие в культуре на определенных этапах ее развития. В социологических, психологических и педагогических представлениях существуют следующие «образы Ч.», оказывающие непосредственное влияние на исследование и практическую работу с людьми:

1) «ощущающий Ч.» (Ч. как сумма знаний, умений и навыков; Ч. как «устройство по переработке информации 2) «Ч.-потребитель» (нуждающийся Ч. как система инстинктов и потребностей); 3) «запрограммированный Ч.» (в поведенческих науках — Ч. как системареакций, в социальных — как репертуар социальных ролей); 4) «деятельностный Ч.» (Ч., осуществляющий выбор; Ч. как выразитель смыслов и ценностей).

Если в практическом человекознании, в т. ч. в педагогике, исходят из образа «Ч. ощущающего», то Ч. сводится к сумме знаний, его действия расцениваются как продукт прошлого опыта, а процесс воспитания Ч. подменяется убеждениями, уговорами, т. е. чисто словесными воздействиями. В результате преобладания подобного подхода в обучении и воспитании Ч. происходит процесс «обнищания души при обогащении информацией». Образ Ч. как вместилища

нужд, инстинктов и влечений утвердился в ряде направлений психологии прежде всего под влиянием психоанализа. Многие направления (индивидуальная психология — А. Адлер, аналитическая психология — К. Юнг, неопсихоанализ — Э. Фромм и др.) исходили в своих концепциях из образа «Ч. нуждающегося», выводя психологические закономерности из исследования динамики реализации и удовлетворения различных потребностей. Образ «запрограммированного Ч.» определяет представления о Ч. в социобиологии (развитие Ч. как развертывание генетических программ), бихевиоризме, рефлексологии и необихевиоризме (развитие Ч. как обогащение рефлексорных программ поведения), социологических и

социально-психологических ролевых концепциях Ч. (поведение как разыгрывание усвоенных в ходе социализации ролевых программ и сценариев жизни). Если трактовка Ч. в психологии основывается на образе «запрограммированного Ч.», то воздействие так или иначе сводится к удачному подбору стимулов и подкреплений, на которые должны послушно реагировать живые социальные автоматы. Образ «Ч.-деятеля» — основа для построения культурно-исторической психологии, системно-деятельностного подхода к пониманию Ч., гуманистического психоанализа и экзистенциальной логотерапии. Здесь Ч. понимается как субъект ответственного выбора, порождаемого жизнью в обществе, стремящийся к достижению целей и отстаивающий своими деяниями тот или иной социальный образ жизни. От образов Ч. в культуре и науке зависят как конкретные действия по отношению к нему, так и теоретические схемы анализа развития Ч. Преобладание образов «ощущающего Ч.», «нуждающегося Ч.» и «запрограммированного Ч.» во многом обусловили реальный факт несовпадения индивида, личности и индивидуальности и обособленное становление биоэнергетической, социогенетической и персоногенетической ориентации человекознания. В их обособлении проявляется метафизическая схема детерминации развития Ч. под влиянием двух факторов — среды и наследственности. В рамках историко-эволюционного подхода разрабатывается принципиально иная схема детерминации развития Ч. В этой схеме свойства Ч. как индивида рассматриваются как «безличные» предпосылки развития Ч., которые в процессе жизненного пути могут стать продуктом этого развития. Социальная среда также представляет собой источник, а не «фактор», непосредственно определяющий поведение Ч. Будучи условием осуществления деятельности Ч., социальная среда несет те нормы, ценности, роли, церемонии, орудия, системы знаков, с которыми сталкивается индивид. Основаниями и движущей силой развития Ч. выступает совместная деятельность и общение, посредством которых осуществляется движение Ч. в мире людей, приобщение его к культуре. Через преобразование в своих поступках и деяниях мира, других людей и себя идет самоосуществление, самореализация и самоперсонализация Ч.

ЧЕЛОВЕЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ — 1) В широком смысле — понятие, используемое в социально-экономических дисциплинах для характеристики комплекса оказывающих определяющее влияние на эффективность общественного производства факторов, связанных с мотивацией, системой ценностей, материальными и духовными условиями существования человека. 2) В узком смысле — понятие, обозначающее интегральные характеристики связи человека и технического устройства, проявляющиеся в конкретных условиях их взаимодействия при функционировании эргатической системы. При определении и выделении Ч. ф. используются фундаментальные знания специальных наук о каждом из компонентов системы. Однако характеристики и свойства, фиксируемые в понятии Ч. ф., представляют собой не изолированные признаки компонентов эргатической системы, а ее совокупные системные качества. В наибольшей степени они определяются положением и функциями в системе человека. 3) Выражение, обозначающее в США область знания и профессию, которую в Европе определяют термином «эргономика». Возникло в результате буквального перевода и сокращения американского выражения «инженерия человеческих факторов» (human factors engineering).

ЧЕЛПАНОВ Георгий Иванович (1862-1936) — русский психолог и философ. Критикуя материализм («Мозг и душа», 1900), Ч. пытался построить психологию на основе концепции «эмпирического параллелизма» души и тела, восходящей к психофизическому параллелизму В. Вундта. Он считал, что марксизм может быть распространен только на область социальной психологии, но не на общую психологию, которая, по его мнению, должна

быть свободна от всякой философии. Ч. принадлежат работы по восприятию пространства и времени, а также труды по экспериментальной психологии. Ч. явился создателем крупнейшего не только в России, но и за ее пределами Психологического института (1911), ставшего историческим центром развития российской психологии.

ЧЕРТЫ ЛИЧНОСТИ — устойчивые, повторяющиеся в различных ситуациях особенности поведения индивида. Обязательными свойствами Ч л. являются степень выраженности их у разных людей, трансситуативность (Ч. л. индивида проявляются в любых ситуациях) и потенциальная измеримость (Ч. л. доступны измерению с помощью специально разработанных для этого опросников и тестов). В экспериментальной психологии личности наиболее широко исследованы такие Ч. л., как экстраверсия — интроверсия, тревожность, ригидность, импульсивность. В современных исследованиях принята точка зрения, согласно которой описание Ч. л. недостаточно для понимания и предсказания индивидуальных особенностей поведения, поскольку в них описываются лишь общие аспекты проявлений личности (см. Методы исследования личности).

ЧЕСТЬ — форма самоуважения личности, обращенная в социально-нравственную ценность. С культурно-исторической точки зрения Ч. является продуктом интериоризации социального статуса. В рабовладельческом и феодальном обществе Ч. играла специфически важную роль в сфере социальной регуляции личных отношений. В дальнейшем сословную Ч. сменила Ч. корпоративная, тесно связанная с исполнением социальной роли и ее престижем в обществе. Ч. тесно связана с доверием. Субъективное чувство Ч. находит объективное выражение в поведении индивида, соответствующем ожиданиям группы, к которой он принадлежит. Социальная психология видит в Ч. типический пример социальной ратификации значения: так, референтная группа склонна контролировать и осуждать поведение, отклоняющееся от норм Ч. Нормы Ч. имеют прочную связь с традицией, а их соблюдение — с известным риском.

ЧУВСТВА — высшая форма эмоционального отношения человека к предметам и явлениям действительности, отличающаяся относительной устойчивостью, обобщенностью, соответствием потребностям и ценностям, сформированным в его личностном развитии. В отличие от аффектов и ситуативных эмоций, отражающих временную или условную ценность предметов и побуждающих к решению частных задач, Ч. направлены на явления, имеющие постоянное мотивационное значение, и отвечают за общую направленность деятельности. Эмоционально окрашивая явления, значимые для потребностей личности, и побуждая к активности по их удовлетворению, Ч. проявляются как конкретно-субъективная форма их существования. Формирование устойчивых эмоциональных отношений — важнейшее условие развития человека как личности, главная цель и конечный продукт его воспитания. Самого по себе знания мотивов, идеалов, норм поведения недостаточно для того, чтобы человек ими руководился; только став предметом устойчивых Ч., эти знания превращаются в реальные побуждения к деятельности. Ч. человека историчны и изменяются в зависимости от конкретных социальных условий. Обычно в онтогенезе Ч. появляются позже, чем ситуативные эмоции; они формируются по мере развития индивидуального сознания и усложнения отражаемых в нем связей под влиянием воспитательных воздействий со стороны семьи, школы, искусства, других источников. Предметами Ч. становятся прежде всего те явления и условия, от которых зависит развитие значимых для личности и поэтому воспринимаемых эмоционально событий (например, радость от добрых дел некоторого человека станет основой появления к нему положительного

Ч.). Поэтому воспитание Ч. предполагает открытие человеку причин непосредственно волнующих его событий, обобщение и направление на них

его эмоционального опыта. Возникая как результат обобщения ситуативных эмоций, сформировавшиеся Ч. становятся ведущими образованиями эмоциональной сферы человека и начинают, в свою очередь, определять динамику и содержание ситуативных эмоций; так из Ч. любви к человеку в зависимости от обстоятельств могут развиваться тревога за него, горе при разлуке, радость при встрече, разочарование, если он не оправдал надежд, и т. п. Такие ситуативные эмоции уточняют содержание Ч. в отношении сложившихся условий и, побуждая к определенным действиям, способствуют развитию вызываемой Ч. деятельности. Иногда Ч. и сопряженные с ними эмоции могут вызывать противоречивые отношения к их объекту (ем. Амбивалентность Ч.). В процессе формирования личности Ч. организуются в иерархическую систему, в которой одни Ч. занимают ведущее положение, другие же остаются потенциальными, нереализуемыми тенденциями. Содержание доминирующих Ч. определяет важную характеристику человека — направленность личности. Ч., получившие исключительную силу и подчинившие себе другие побуждения человека, называют страстями.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ — 1) общая способность к ощущению; Ч. появляется в филогенезе, когда живые организмы начинают реагировать на факторы окружающей среды, выполняющие сигнальную функцию по отношению к имеющим прямое биологическое значение воздействиям; 2) в дифференциальной психологии и характерологии — повышенная готовность к аффективным реакциям; 3) в психофизике — величина, обратно пропорциональная порогу ощущения. Соответственно различают абсолютную и дифференциальную (разностную) Ч. Классификация видов Ч. совпадает с существующими классификациями ощущений. Так, выделяют виды Ч., отличающиеся по степени детальности проводимого сенсорного анализа. Учитывая характер раздражителя, можно говорить о Ч. к действию механических, оптических, химических, температурных и других стимулов. Ч. организма может быть оценена не только на основе ощущений, но и по изменению протекания различных психофизических процессов. В результате, как правило, получаются несколько различные показатели. Например, зрительная Ч., определяемая по реакции изменения интегральных ритмов мозга, оказывается выше Ч., оцениваемой на основании словесного отчета испытуемого. В последние годы благодаря использованию новых теоретических представлений (теория обнаружения сигнала) в психофизике появились более обобщенные определения Ч., независимые от понятия «порог ощущения».

ЧУВСТВО ЮМОРА — в обычном словоупотреблении способность человека подмечать в явлениях их комические стороны, эмоционально на них откликаясь. Ч. ю. неразрывно связано с умением субъекта обнаруживать противоречия в окружающей действительности, например замечать, а иногда и утрировать противоположность положительных и отрицательных черт в каком-либо человеке, кажущуюся значительность кого-либо и не соответствующее ей поведение и т. п. По отношению к объекту юмора, который как бы подвергается своеобразной эмоциональной критике, сохраняется дружелюбие. Ч. ю. предполагает наличие у его субъекта положительного идеала, без которого оно вырождается в негативные явления (пошлость, цинизм и т. д.). Судить о наличии или отсутствии Ч. ю. можно по тому, как человек понимает шутки, анекдоты, шаржи, карикатуры, улавливает ли он комизм ситуации, способен ли смеяться не только над другими, но и над собой, если сам становится объектом шутки. Отсутствие или недостаточная выраженность Ч. ю. свидетельствует как о сниженном эмоциональном уровне, так и о недостаточном интеллектуальном развитии личности.

ШКАЛА (лат. *scala* — лестница) — инструмент для измерения непрерывных свойств объекта; представляет собой числовую систему, в которой отношения между различными свойствами объектов выражены свойствами числового

ряда. В психологии и социологии различные Ш. используются для изучения различных характеристик социально-психологических (см. Социальная психология) явлений. Первоначально были выделены четыре типа числовых систем, которые определяют соответственно четыре уровня (или шкалы) измерения: Ш. наименований (номинальная), порядка (ординальная), интервалов (интервальная) и отношений (пропорциональная). Их разделение осуществимо на основе тех математических преобразований, которые допускаются каждой Ш. Различие уровней измерения какого-либо качества можно проиллюстрировать простым примером. Если подразделить людей только на удовлетворенных или не удовлетворенных своей работой, то тем самым получают номинальную Ш. удовлетворенности работой. Если можно установить также степень удовлетворенности, то строится ординальная Ш. Если фиксируется, насколько и во сколько раз удовлетворенность одних больше удовлетворенности других, то можно получить интервальную и пропорциональную Ш. удовлетворенности работой. Шкалы различаются не только своими математическими свойствами, но и разными способами сбора информации. В каждой Ш. применяются строго определенные методы анализа данных. В зависимости от типа задач, решаемых с помощью шкалирования, строят либо Ш. оценок, либо Ш. для измерения социальных установок (см. Ш. установок). В практике социологического и психологического исследования каждая Ш. (вне зависимости от уровня измерения) имеет свое специальное название, связанное с наименованием изучаемого свойства объекта.

ШКАЛА ОЦЕНОК — методический прием, позволяющий распределять совокупность изучаемых объектов по степени выраженности общего для них свойства. Такое распределение основывается на субъективных оценках данного свойства, усредненных по группе экспертов. В психологии и социологической практике Ш. о. стали применяться одними из первых. Простейшим примером такой шкалы является обычная школьная система баллов. Ш. о. имеет от пяти до одиннадцати интервалов, которые могут быть обозначены числами либо сформулированы вербально (словесно). Считается, что психологические возможности человека не позволяют ему производить классификацию объектов более чем по 11-13 позициям. Возможность построения Ш. о. базируется на предположении, что каждый эксперт способен непосредственно давать количественные оценки изучаемым объектам. К основным процедурам шкалирования с помощью Ш. о. относятся парное сравнение объектов, отнесение их к категориям и др.

ШКАЛА УСТАНОВОК — прием, позволяющий сравнивать индивидов по величине, интенсивности и устойчивости их отношения к изучаемому явлению. В прикладной социологии и социальной психологии Ш. у. применяется в качестве одного из главных средств анализа, так как объектом измерения являются здесь прежде всего личностные качества людей. Построение Ш. у. связано с подбором таких суждений, которые выражают весь спектр возможных отношений субъекта к определенному социально-психологическому явлению. По шкале оценок каждое суждение оценивается группой экспертов и получает свой усредненный балл. В Ш. у. входят те суждения, которые имеют наиболее высокую оценку; обычно из 300 суждений в готовую Ш. у. входят не более 25. С этими суждениями знакомят лиц, чьи установки предполагается изучить; соответственно по тому, какие суждения выбирает индивид, ему присваивается суммарный балл, который и является его баллом по данной установке.

ШКАЛИРОВАНИЕ — одна из разновидностей измерительных методов, применяемых в психологии. Существуют две традиции использования термина «Ш.» в психологии. В обиходном смысле под Ш. понимают такой метод вынесения субъективных оценок, когда испытуемому (информанту, эксперту) предлагается оценить какой-то объект по какому-то признаку с

использованием шкал, образованных с помощью числовых, словесных градаций или заданных в графической форме. Примером такого рода методик Ш. является «Семантический дифференциал».

В более корректном смысле академические психологи определяют Ш. как основанную на определенной психометрической модели (см. Измерение в психологии) процедуру построения системы количественных оценок психических свойств, параметров процессов или образов. Пример шкалирования в сенсорной психофизике — процедуры измерения порогов абсолютной и разностной чувствительности, установления «психометрической кривой» соответствия стимулов и ощущений. Ш. в этом контексте отличается от единичного измерения тем, что позволяет по отдельным наблюдениям воссоздать целостную кривую отображения (функциональную зависимость) свойств стимула на свойства ощущений. На основании этой построенной шкалы оказывается возможным по величине стимула предсказать интенсивность ощущения (субъективной реакции на стимул). Во второй половине XX в. с появлением и распространением компьютерной техники были разработаны более мощные процедуры количественно-статистической обработки субъективных оценок — так называемое многомерное Ш., позволяющее учитывать одновременно не один параметр единичного стимула (внешнего объекта или события), а множество параметров многих стимулов. В узком смысле под многомерным Ш. (multi-dimensional scaling — MDS) принято обозначать экспериментальные технологии, основанные на оценке испытуемым пар объектов по уровню субъективного различия или сходства с последующим восстановлением на компьютере многомерной модели «субъективного пространства», в котором образы объектов отображаются в виде точек, местоположение которых задано проекцией на оси. Многомерное Ш. стало сегодня ведущим методом экспериментальных и прикладных исследований в области психофизики сенсорного восприятия (например, построены полезные в практике технического синтеза цветовых стимулов MDS-модели цветоразличения), в области экспериментальной психосемантики (моделирование категориальных систем в виде «субъективных семантических пространств»), в области социально-психологических и психолого-экономических, маркетинговых исследований («субъективные пространства восприятия и оценки политических лидеров и партий», «субъективные пространства потребительского восприятия и предпочтения свойств товаров» и т. п.).

ШПИЛЬРЕЙН Исаак Нафтулович (1891 — предположительно 1937) — российский психолог; был незаконно репрессирован, посмертно реабилитирован. Один из организаторов советской психотехники. Разрабатывал проблемы утомления, упражнения, диагностики профессиональной пригодности, осуществлял психологический анализ профессий. Ряд работ посвящен вопросам рационализации условий труда, промышленному травматизму, деавтоматизации, связанной с фактором утомления. Профессиографические исследования обобщены и освещены в книге под редакцией Ш. «Трудовой метод изучения профессий» (1925). В последних трудах (1931-1935) пытался построить общую программу психотехнических исследований и предложить теорию психотехники.

ШПРАНГЕР (Soranger) Эдуард (1882-1963) — немецкий философ, психолог и педагог. Исходным принципом психологии считал понимание как способ непосредственного постижения смыслового содержания явлений объективного духа. Переживание связи внутренней душевной жизни и ценностей общественной духовной жизни осуществляется в актах деятельности «Я», в которых реализуется определенная ценностная система. В своем труде «Формы жизни» (1914) Ш. отверг психологию элементов, которая расчленяет психический процесс на составные части, и обосновал истинность подхода с позиции рассмотрения душевного процесса как

некоторой целостности в его смысловых связях с тем или иным содержанием культуры. Основной задачей духовно-научной психологии как одной из наук о духе является исследование отношения индивидуальной духовной структуры человека к структуре «объективного духа», и, соответственно, выявление основных типов направленности абстрактного человека, получивших у Ш. обозначение «форм жизни». Таких основных идеальных типов индивидуальности, обусловленных ориентацией на те или иные объективные ценности, им было выделено шесть: теоретическая (область науки, проблема истинности), экономическая (материальные блага, полезность), эстетическая (стремление к оформлению, к самовыражению), социальная (общественная деятельность, обращенность к чужой жизни), политическая (власть как ценность), религиозная (смысл жизни). В каждом человеке могут быть представлены ориентации на все эти типы ценностей, но в разной пропорции, какая-то из них при этом будет доминировать. На основе данной типологии личностей Г. Оллпортом, П. Верноном и Г. Линдсеем был разработан тест изучения ценностей, а также создан тест интересов Дж. Холланда.

ШТЕРН Вильям (1871-1938) — немецкий психолог. Согласно Ш., личность, под которой он понимал не только человеческую личность, но любой целостный объект, представляет собой неделимую на психическое и физическое единицу, целостность которой объясняются ее отдельные проявления и функции. Ш. назвал эту концепцию «персоналистической психологией» («Личность и вещь», 1906). Он провел большой цикл экспериментальных исследований по развитию восприятия, речи, умственных процессов у детей; разработал методы тестирования способностей, выдвинув понятие о «коэффициенте интеллекта», получаемого путем деления «умственного возраста» на физический. Заложил основы дифференциальной психологии, исходя из принципа конвергенции наследственных факторов и условий социокультурной среды.

ШТУМПФ Карл (Stumpf K.) (1848-1936) — немецкий психолог, один из лидеров европейского функционализма. Под влиянием Brentano Ш. считал предметом психологии исследование психологических функций или актов (воспринимания, понимания, хотения и др.), отличая их от феноменов (сенсорных или представляемых в виде форм, ценностей, понятий и им подобных содержаний сознания). Так, например, исследованию подлежит не красный цвет объекта (который представляет собой, согласно Ш., феномен, а не функцию сознания), а акт (или действие) субъекта, благодаря которому человек осознает этот цвет в его отличии от других. Среди функций Ш. различал две категории: интеллектуальные и эмотивные (или аффективные (см. Аффект)). Эмотивные состоят из противоположных пар: радость и печаль, желание и отвержение, стремление и избегание. Работы Ш. по изучению восприятия музыкальных тонов обобщены в его двухтомный труд «Психология тонов» (1883-1890), внесший самый крупный после Гельмгольца вклад в исследования психологической акустики. Ш. рассматривал музыку как феномен культуры. Он создал архив фонограмм с 10 тысячами фонографических записей примитивной музыки различных народов. Его исследование психологии пространственных представлений, изложенное в работе «О психологическом происхождении пространственных представлений» (1881), явилось настольной книгой для многих ученых, занимавшихся впоследствии этой проблемой. Ш. сыграл важную роль в разработке, в противовес структурализму, функционализма в его западноевропейском варианте.

ШУЛЬЦ-ГЕНКЕ (Schultz-Hencke) Гаральд (1892-1953) — немецкий психиатр, психоаналитик и психосоматик (см. Психоанализ, Психосоматика). Основатель неопсихоанализа. Практиковал психиатрию и психоаналитическую терапию. В конце 20-х гг. работал в Берлинском психоаналитическом институте, где

читал лекции по проблемам неврозов и вел семинар по пограничным проблемам психоанализа и философии. Опубликовал несколько работ по психоаналитической теории и терапии. Изучал связь между негативными эмоциями (страхом, тоской и пр.) и болезнями различных органов. Исследовал структуру нарушений личности при неврозах и психозах; различные проблемы шизофрении и пр. Особое внимание уделял изучению различных терапевтических проблем. В начале 50-х гг. осуществил определенную реформу психоанализа, завершившуюся созданием неопсихоанализа как одной из новейших разновидностей глубинной психологии. Автор книг «Введение в психоанализ» (1927), «Проблема шизофрении» (1952) и др.

ЭББИНГАУЗ Герман (1850-1909) — немецкий психолог. Под впечатлением психофизики Фехнера реализовал идею о количественном и экспериментальном изучении не только простейших психических процессов (ощущений), но и памяти («О памяти», 1885). Исходным материалом для этих исследований послужили так называемые бессмысленные слоги — искусственные сочетания речевых элементов (двух согласных и гласных между ними), не вызывающие никаких смысловых ассоциаций. Составив список из 2300 бессмысленных слогов, Э. экспериментально (на самом себе) изучал процессы заучивания и забывания, разработав методы, позволявшие установить особенности и закономерности памяти. Вывел «кривую забывания»,

показывающую, что наибольший процент забытого материала падает на период, следующий непосредственно за заучиванием. Эта кривая приобрела значение образца, по типу которого строились в дальнейшем кривые выработки наемка, решения проблемы и т. д. Э. принадлежит ряд других важных работ по экспериментальной психологии, в частности по феноменологии зрительного восприятия. При изучении умственных способностей детей Э. изобрел тест, носящий его имя.

ЭВРИСТИКА — в широком смысле — наука о творчестве; в узком, более современном, — теория и практика организации избирательного поиска при решении сложных интеллектуальных задач. Эвристические программы для компьютера отличаются от программ систематического поиска, поскольку они содержат критерии ограничения поиска в пространстве большого количества возможностей («эвристики») и не гарантируют обязательное решение задач. Эвристики человека не сводятся к формальным правилам, они включают в себя мотивационно-эмоциональные (см. Эмоции) процессы, обеспечивающие избирательность поиска у человека. В настоящее время еще не найдены способы воплощения всего богатства человеческих эвристик в машинных программах.

ЭГО (от лат. ego — Я) — один из компонентов структуры личности в теории З. Фрейда (см. Психоанализ, Фрейдизм). Э. образовалось как модификация части Оно (Ид), целесообразно измененной под влиянием грозящего опасностями внешнего мира. Э. черпает свою энергию в Оно, под давлением которого Э. должно проводить в жизнь его намерения, способствовать удовлетворению сексуальных, агрессивных и прочих влечений. Выполняя эту функцию, Э. вынуждено наблюдать за внешним миром, формировать его правильный образ, удаляя из этой картины все добавления и искажения, идущие от внутренних источников возбуждения. В результате принцип удовольствия, который безраздельно господствует в Оно, замещается принципом реальности, обещающим большую надежность и успех. При построении реальной картины мира Э. взаимодействует с системой восприятия, дающей представления о времени. Кроме того, в отличие от Оно Э. стремится к синтезу своих содержаний. Развитие личности идет от восприятия влечений к овладению ими и проявляется в действиях индивида, основанных на здравом смысле и благоразумии. На этом пути во взаимоотношениях Э. и Оно могут возникать осложнения, обусловленные необходимостью учитывать требования Сверх-Я

(Супер-эго) и внешнего мира, несовместимые с требованиями Оно. В этой ситуации Э. часто не справляется со своей задачей и реагирует появлением страха. Стремясь посредничать между Оно и реальностью, Э. часто переводит бессознательные требования Оно в свои предсознательные рационализации, затушевывает конфликты Оно с реальностью. В то же время Э. находится под контролем Сверх-Я, предписывающим Э. определенные нормы поведения и наказывающим в случае непослушания чувством неполноценности (см. Комплекс неполноценности) и сознания вины. Если Э. вынуждено признать свою слабость, в нем возникает страх перед реальным миром, страх совести перед Сверх-Я, невротический страх (см. Невротизм) перед силой страстей Оно. Терапевтические усилия психоанализа направлены на то, чтобы сделать Э. более независимым от Сверх-Я, расширить поле восприятия и перестроить его организацию так, чтобы оно могло освоить новые области Оно и тем самым укрепить Э.

ЭГОИЗМ (от лат. ego — я) — ценностная ориентация субъекта, характеризующаяся преобладанием в его жизнедеятельности своекорыстных личных интересов и потребностей, безотносительно к интересам других людей и социальных групп. Проявлениям Э. присуще отношение субъекта к другому человеку как к объекту и средству достижения своекорыстных целей. Развитие Э. и превращение его в доминирующую направленность личности объясняется серьезными дефектами воспитания. Если тактика семейного воспитания объективно направлена на закрепление таких проявлений, как завышенная самооценка и эгоцентризм личности ребенка, то у него может сформироваться стойкая ценностная ориентация, при которой принимаются в расчет лишь его собственные интересы, потребности, переживания и пр. В зрелом возрасте

подобная концентрация на собственном Я, себялюбие и полное равнодушие к внутреннему миру другого человека или социальной группе может привести к отчуждению как переживанию субъектом одиночества во враждебном ему мире. Во многих психологических и этико-психологических концепциях Э. необоснованно рассматривается как врожденное свойство человека, благодаря которому якобы обеспечивается защита его жизнедеятельности. В обыденном словоупотреблении Э. выступает как противоположность альтруизму. Разведение на противоположные полюсы Э. и альтруизма отражает изначальное неправомерное противопоставление Я и ОНИ, как якобы единственно возможное. Исторически прогрессивная тенденция связана со снятием антагонизма Я и ОНИ объединяющим началом Мы: то, что делается человеком для других, в равной мере полезно и ему и другим, поскольку это полезно для общности, которой он принадлежит. Таким образом, если иметь в виду социально-психологические закономерности поведения личности, то альтернатива «или Э., или альтруизм» оказывается ложной. Подлинную альтернативу Э. и альтруизму составляет идентификация коллективистская.

ЭГОПСИХОЛОГИЯ (от лат. ego — Я + психология) — одно из направлений психоанализа, сформировавшегося под влиянием идей и трудов Анны Фрейд и Г. Гартмана, поставивших в центр своих исследований проблемы человеческого «Я». Основные идеи отрабатывались на материале детского психоанализа и исследований личностной проблематики. При изучении Эго («Я») Э. уделяет особое внимание вопросам развития и адаптации личности, автономии, свободы, особенностям функционирования «Я», взаимодействию «Я», и влечений. С момента формирования Э. в ней развиваются две доминирующие версии. В версии А. Фрейд и ее последователей Э. акцентирует внимание на изучении «Я» и его «защитных механизмов» (см. Защита психологическая), в версии Г. Гартмана и его последователей Э. исследует преимущественно вторичные функции «Я» (рациональное мышление, рациональные действия и другие проблемы).

ЭГОЦЕНТРИЗМ (от лат. ego — я и centrum — центр круга) — неспособность индивида, сосредоточиваясь на собственных интересах, изменить исходную позицию по отношению к некоторому объекту, мнению или представлению даже перед лицом очевидных неразрешимых противоречий. Корни Э. лежат в непонимании субъектом того, что возможно существование других, противоположных точек зрения, в наличии у него внутренней уверенности в том, что психологическая организация других людей тождественна его собственной. Преодоление Э. осуществляется на основе последовательного развития способности к децентрации.

ЭДИПОВ КОМПЛЕКС (от лат. complexus — связь, сочетание) — одно из центральных понятий фрейдизма, возникающий в раннем детстве комплекс представлений и чувств, главным образом бессознательных, заключающихся в половом влечении к родителю противоположного ему пола и стремлении физически устранить родителя одного с ним пола. Э. к. вызывает у индивида чувство вины, приводящее к конфликту в сфере бессознательного. Разрешение конфликта лежит в идентификации с родителем того же самого пола и тем самым ведет индивида к нормальной сексуальности (см. Сексуальная ориентация). Э. к. получил название по имени одного из героев древнегреческого мифа, царя Эдипа, который, по преданию, убил своего отца и женился на матери, не зная, что это его родители. У девочки Э. к. соответствует «комплекс Электры» (термин введен К. Юнгом), согласно мифу, убившей свою мать из мести за отца.

ЭЙДЕТИЗМ (от греч. eidos — вид, образ) — способность некоторых индивидов (эйдетиков) к сохранению и воспроизведению чрезвычайно живого и детального образа воспринятых ранее предметов и сцен. Первые систематические наблюдения Э. были проведены в начале нашего века В. Урбаничем у пациентов с потерей слуха. Изучение Э. стало центральной темой работ представителей Марбургской психологической школы (Э. Р. Йенш, О. Кро и др.), пришедших к выводу, что в дошкольном и младшем школьном возрасте Э. представляет собой обычное явление. Результаты исследований,

проведенных в последние годы, не подтверждают вывод о широком распространении Э. Можно говорить лишь об относительно небольшом числе случаев достоверно установленного наличия эйдетических образов, например, у некоторых выдающихся мнемонистов, художников, музыкантов. В этих случаях Э. зачастую сочетается с синестезией.

ЭЙФОРИЯ (от греч. euphoria) — повышенное радостное, веселое настроение, состояние благодушия и беспечности, не соответствующее объективным обстоятельствам, при котором наблюдается мимическое и общее двигательное оживление, психомоторное возбуждение.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ (от лат. existentia — существование) — одно из направлений «гуманистической психологии». Э. п. изучает: 1) проблемы времени, жизни и смерти; 2) проблемы свободы, ответственности и выбора; 3) проблемы общения, любви и одиночества; 4) проблемы поиска смысла существования. Э. п. подчеркивает уникальность несводимого к общим схемам личного опыта конкретного человека. Одной из целей Э. п. является решение проблемы восстановления аутентичности личности — соответствия ее бытия в мире ее внутренней природе. В практике современной Э. п. используются многие достижения психоанализа. Наиболее видные представители Э. п. — Л. Бинсвангер, М. Босс, Е. Минковски, Р. Мей, В. Франкл, Дж. Бугенталь.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ (от лат. existentia — существование + греч. analysis — разложение, расчленение) — направление современного психоанализа, ориентированное на исследование и коррекцию личности во всей полноте и уникальности ее экзистенции (существования). Создан в 30-х гг. XX в. учеником и другом Э. Блейлера, З. Фрейда и К. Г. Юнга швейцарским

психиатром Л. Бинсвангером, осуществившим антропологический поворот в психиатрии и ее феноменологическую акцентировку (см. Феноменалистическая психология). В значительной мере опираясь на экзистенциальную аналитику немецкого философа М. Хайдеггера (1889-1976) и феноменологию Э. Гуссерля (1859-1938), Л. Бинсвангер сосредоточил внимание на «бытие-в-мире» как принципиальном феномене человеческого существования и произвел модификацию теории и практики психоанализа в плане расширения антропологического горизонта понимания и создания «психоаналитической антропологии».

В общем Э. а. ориентирован на исследование подлинного бытия личности, которое обнаруживается при углублении ее в себя в ситуации выбора «жизненного плана» и в экзистенциальной коммуникации. Большое значение придается изучению межличностных отношений. Трактует человеческое существование в контексте трех временных измерений (прошлого — настоящего — будущего), Л. Бинсвангер полагал, что симптомы невротического расстройства возникают тогда, когда из-за преобладания одного из трех временных модусов происходит сужение внутреннего мира личности и ограничение горизонта ее экзистенциального видения. По Л. Бинсвангеру, особую роль в возникновении невроза играют уменьшение или исчезновение открытости личности будущему. Как психотерапия Э. а. ориентирован на лечение неврозов и психозов путем оказания квалифицированного содействия пациентам в осознании ими себя как свободных людей, способных к самоопределению собственного существования. Согласно версии одного из лидеров Э. а. М. Босса целью Э. а. является излечение людей посредством преодоления запретов, предвзятых понятий и субъективных интерпретаций, заслоняющих бытие от человека и выбор пациентом соответствующего ему способа существования и проявления своей сущности. М. Босс разработал своеобразную программу реформации психологии и медицины на основаниях Э. а.

ЭКЗОГЕННЫЙ — ЭНДОГЕННЫЙ (от греч *exo* — вне, снаружи + *genes* — порождаемый; и *endo* — внутри + *genes*) — термины медицинской психологии и психиатрии, введены П. Мебиусом (P. J. Mabi-us) в 1892 г. Экзогенный означает возникающий в результате воздействия внешних факторов, эндогенный — возникающий, развивающийся вследствие внутренних причин.

Под эндогенным обычно понимают наследственно обусловленное. Термины Э. — э. применяются для характеристики источников возникновения психических заболеваний и причин индивидуального своеобразия их протекания.

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (психология среды) — междисциплинарная область знания о психологических аспектах взаимоотношения человека и окружающей среды (пространственно-географической, социальной, культурной), органично включенной в жизнедеятельность человека и служащей важным фактором регуляции его поведения и социального взаимодействия. Находится на стыке психологии и социальной экологии как особой дисциплины, изучающей широкий круг социально-гуманитарных проблем взаимоотношения человека и окружающей среды. Складываясь на базе отдельных исследований психологии человека, испытывающего воздействие окружающей его среды — архитектурной, производственной (см. Эргономика), рекреационной (жилище) и др., — Э. п. накопила ценный фактический материал. Исследования в области Э. п. приобретают в настоящее время особую актуальность в связи с поиском эффективных путей выхода из экологического кризиса, что выдвигает на первый план такие проблемы: 1) исследование экологического сознания путем выявления особенностей восприятия человеком окружающей его среды и выделение значимых для субъекта факторов ее неблагоприятного развития; 2) выявление мотивации экологического поведения, раскрывающее причины поступков лиц

как ответственных за нанесение ущерба окружающей среде, так и стремящихся любыми (в том числе неадекватными) способами воспрепятствовать этому процессу; 3) анализ закономерностей психологических последствий экологического кризиса (нарушения психического здоровья, рост преступности, демографические сдвиги и др.); 4) разработка психологических средств пропаганды (см. Психология пропаганды), ориентированной на формирование представлений, адекватных истинной экологической обстановке. Внедрение новых научно-технических проектов и разработок, так или иначе воздействующих на окружающую среду, должно подвергаться тщательной эколого-психологической экспертизе.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ — отрасль психологии, изучающая психические особенности субъекта экономической деятельности, формы психического отражения экономических явлений в сознании индивидов, групп, слоев, классов, народов, а также экономическое поведение, основанное на них. Э. п., представляя собой междисциплинарное знание о человеке и человеческих отношениях, складывающихся в процессе хозяйственной деятельности, использует теоретические положения и методы различных отраслей психологии и экономических дисциплин, а также социологии, биологии, антропологии, философии, изучая аспекты экономического поведения, начиная от хозяйственной деятельности индивида и кончая экономической политикой стран. Э. п. отличается от экономических наук тем, что предметом ее исследования являются не экономические процессы сами по себе, а прежде всего люди, участвующие в них термин «Э. п.» был впервые применен Г. Тардом (1881 г.) (см. «Экономическая психология», 1902.) Экономико-психологические реалии, особенно нормы, и ценности, в процессе исторического развития общества нередко брались в основу законодательного регулирования норм хозяйственной жизни. Представления о психических особенностях «экономического человека» эволюционировали по нескольким направлениям. В наиболее известном из них личность и побуждения субъекта экономической деятельности связываются с «эгоизмом», «личным интересом» (Т. Гоббс, К. Гельвеции, Р. Камберленд, Б. Мандевиль и др.). В утилитаризме и прагматизме побуждения «экономического человека» складываются из двух основных компонентов — наслаждения и страдания, которые не сводятся к чисто денежному накоплению и часто основаны на альтруизме, страстях, любви (Дж. Бентам). Принцип полезности и выгоды как основа экономических мотивов личности у Д. Дьюи дополняется целостным пониманием человека как единства биологического и социального. Мотивирующая привычка рассматривается им как личностно-стилевой компонент деятельности, связанный с обычаями, традициями общества.

Обычаи, правила поведения и привычки, нормы как характеристики субъективного мира «экономического человека» раскрываются в концепции Т. Веблена как индивидуально-личностные и культурно-исторические истоки макроэкономического поведения, в результате чего в структуру экономических побуждений были введены иррациональные, «бесполезные» стремления. Социально-историческое направление исследования субъекта экономической деятельности рассматривает его классовую принадлежность, зависимость от социального слоя, группы, нации, народа в их историческом развитии (А. Вагнер, К. Книс, Ю. Гильденбранд, К. Маркс и др.) (см. также Историческая психология). Еще одним направлением исследования «экономического человека» является раскрытие морально-ценностных аспектов его сознания. В современных работах предметом исследования является этика предпринимательства, этические аспекты собственности (А. Риан, Д. Холлуэлл). Начиная с середины XX в. собственно психологическое направление исследований «экономического человека» приобретает особый размах благодаря работам К. Е. Варнерид, П. Вебли, Д. Кане-нан, Дж. Катона, А. И. Китова, С. В. Малахова

и др.). К основным проблемам Э. п. относятся проблема человека как субъекта экономической деятельности, проблемы психологии собственности, психологии распределения и потребления, проблемы потребностей и их развития, проблемы психологии занятости, психологии предпринимательства, психологии финансов, накопления, экономического поведения в традиционных обществах, макроэкономической психологии и т. п.

ЭКСПЕКТАЦИИ (от англ. expectation — ожидание) — система ожиданий, требований относительно норм исполнения индивидом социальных ролей. Э. представляют собой разновидность социальных санкций, упорядочивающих систему отношений и взаимодействий в группе. В отличие от официальных предписаний, должностных инструкций и других регулятивов поведения в группе Э. носят неформализованный и не всегда осознаваемый характер. Две основные стороны Э. — право ожидать от окружающих поведения, соответствующего их ролевой позиции, и обязанность вести себя соответственно ожиданиям других людей. Различают Э. предписывающие, определяющие должный характер исполнения индивидом роли, и Э. предсказывающие, определяющие вероятностный характер исполнения этой роли с учетом индивидуальных особенностей субъекта и конкретной ситуации.

ЭКСПЕРИМЕНТ (в психологии) (от лат. experimentum — проба, опыт) — один из основных (наряду с наблюдением) методов научного познания вообще, психологического исследования в частности. Отличается от наблюдения активным вмешательством в ситуацию со стороны исследователя, осуществляющего планомерное манипулирование одной или несколькими переменными (факторами) и регистрацию сопутствующих изменений в поведении изучаемого объекта. Правильно поставленный Э. позволяет проверять гипотезы о причинно-следственных отношениях, не ограничиваясь констатацией связи (корреляции) между переменными. Разделяют традиционные и факторные планы проведения Э. При традиционном планировании меняется лишь одна независимая переменная, при факторном — несколько. Для статистической обработки результатов Э. в этом случае применяется дисперсионный анализ (Р. Фишер). Если изучаемая область относительно неизвестна и система гипотез отсутствует, то говорят о пилотажном Э. (см. Пилотажное исследование), результаты которого могут помочь уточнить направление дальнейшего анализа. Когда имеются две конкурирующие между собой гипотезы и Э. позволяет выбрать одну из них, говорят о решающем Э. (лат. — experimentum crucis). Контрольный Э. осуществляется с целью проверки каких-либо зависимостей. Применение Э., однако, наталкивается на принципиальные ограничения, связанные с невозможностью в ряде случаев осуществлять произвольное изменение переменных. Так, в дифференциальной психологии и психологии личности эмпирические зависимости большей частью имеют статус корреляций (т. е. вероятностных и статистических зависимостей) и, как правило, не всегда позволяют делать выводы о причинно-следственных связях. Одна из трудностей применения Э. в психологии заключается в том, что исследователь зачас-

тую оказывается включенным в ситуацию общения с обследуемым лицом (испытуемым) и может невольно повлиять на его поведение. Особую категорию методов психологического исследования и воздействия образуют формирующие, или обучающие, Э. (см. Эксперимент формирующий). Они позволяют направленно формировать особенности таких психических процессов, как восприятие, внимание, память, мышление.

ЭКСПЕРИМЕНТ ФОРМИРУЮЩИЙ — применяемый в возрастной и педагогической психологии метод прослеживания изменения психики ребенка в процессе активного воздействия исследователя на испытуемого. Э. ф. позволяет не ограничиваться регистрацией выявляемых фактов, а через создание специальных ситуаций раскрывать закономерности, механизмы,

динамику, тенденции психического развития (см. Развитие психики), становления личности, определяя возможности оптимизации этого процесса. Синонимы Э. ф. — преобразующий, созидательный, воспитывающий, обучающий, генетико-моделирующий эксперимент, метод активного формирования психики.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ — общее обозначение различных видов исследования психических явлений посредством экспериментальных методов. Применение эксперимента сыграло важнейшую роль в преобразовании психологических знаний, в превращении психологии из отрасли философии в самостоятельную науку. Э. п. была подготовлена широко развернувшимся в середине прошлого века в физиологических лабораториях изучением элементарных психических функций — ощущений, восприятии, времени реакции. Эти работы обусловили зарождение идеи о возможности создания Э. п. как особой науки, отличной от философии и физиологии. Первый план разработки Э. п. выдвинул В. Вундт, у которого получили подготовку многие психологи из различных стран, ставшие в дальнейшем инициаторами создания экспериментально-психологических учреждений. Если первоначально главным объектом Э. п. считались внутренние психические процессы нормального взрослого человека, анализируемые с помощью специально организованного самонаблюдения (интроспекции), то в дальнейшем эксперименты проводятся над животными (К. Ллойд-Морган, Э. Л. Торндайк), исследуются душевнобольные, дети. Э. п. начинает охватывать не только исследование общих закономерностей протекания психических процессов, но и индивидуальные вариации чувствительности, времени реакции, памяти, ассоциаций и т. д. (Ф. Гальтон, Д. Кеттел). Тем самым в недрах Э. п. зарождается новое направление — дифференциальная психология, предмет которой — индивидуальные различия между людьми и их группами. Достижения Э. п., носившей вначале «академический» характер, т. е. не ставившей целью приложение своих результатов к решению задач, выдвигаемых практикой обучения, лечения больных и т. д., в дальнейшем получают широкое практическое применение в различных сферах человеческой деятельности — от дошкольной педагогики до космонавтики. Развитие теоретических схем и конкретных методик Э. п. теснейшим образом связано с общим прогрессом теоретического познания, наиболее интенсивно совершающимся на стыках наук — биологических, технических и социальных.

ЭКСПРЕССИВНЫЙ (от лат. *expressio* — выражение) — выразительный, способный отразить эмоциональное состояние (см. Эмоции}.

ЭКСТЕРИОРИЗАЦИЯ (от лат. *exterior* — наружный, внешний) — процесс порождения внешних действий, высказывании и т. д. на основе преобразования ряда внутренних структур, сложившихся на основе интериоризации внешней социальной деятельности человека.

ЭКСТЕРНАЛЬНОСТЬ — ИНТЕРНАЛЬНОСТЬ (от лат. *externus* — внешний, *internus* — внутренний) — предрасположение индивида к определенной форме локуса контроля. Если ответственность за события, происходящие в его жизни, человек в большей мере принимает на себя, объясняя их своим поведением, характером, способностями, то это говорит о наличии у него внутреннего (интернального)

контроля. Если же доминирует склонность приписывать причины происходящего внешним факторам (окружающей среде, судьбе или случаю), то это свидетельствует о наличии у него внешнего (экстернального) контроля.

ЭКСТРАВЕРСИЯ — ИНТРОВЕРСИЯ (от лат. *extra* — вне, *intro* — внутрь, *versio* — поворачивать, обращать) — характеристика индивидуально-психологических различий человека, крайние полюсы которой соответствуют преимущественной направленности личности либо на мир внешних объектов, либо на явления его собственного субъективного мира. Понятия Э.—и. были введены К. Юнгом (см. Аналитическая психология) для обозначения двух

противоположных типов личности. Экстравертированный тип характеризуется обращенностью личности на окружающий мир, объекты которого, «подобно магниту», притягивают к себе интересы, «жизненную энергию» субъекта, что в известном смысле ведет к отчужденности субъекта от себя самого, к принижению личностной значимости явлений его субъективного мира. Экстравертам свойственны импульсивность, инициативность, гибкость поведения, общительность, социальная адаптированность (см. Адаптация социальная}. Для интровертированного типа характерны фиксация интересов личности на явлениях собственного внутреннего мира, которым он придает высшую ценность, замкнутость, социальная пассивность, склонность к самоанализу, затруднение социальной адаптации. Наиболее интенсивная разработка проблем Э.—и. осуществлялась в факторных теориях личности (Р. Кеттел, Дж. Гилфорд, Г. Айзенк и др.), в которых она рассматривалась не в плане типов личности, а как непрерывная шкала, выражающая количественное соотношение свойств Э. — и. у конкретного субъекта.

ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ — отрасль психологической науки, изучающая общие психологические закономерности жизни и Деятельности человека в изменчивых (непривычных) условиях существования: во время авиационного и космического полетов, подводного плавания, пребывания в труднодоступных районах Земного шара (Арктика, Антарктика, высокогорье, пустыня), в подземелье и т. д. Э. п. возникла в конце XX в., синтезировав конкретные исследования в области авиационной, космической, морской и полярной психологии. В экстремальных условиях, характеризующихся измененной афферентацией, измененной информационной структурой, социально-психологическими ограничениями и наличием фактора риска, на человека воздействует семь основных психогенных факторов: монотония, измененные пространственная и временная структуры, ограничения личностно-значимой информации, одиночество, групповая изоляция (информационная истощаемость партнеров по общению, постоянная публичность и т. д) и угроза для жизни. Исследования в области Э.п. имеют своей задачей совершенствование психологического отбора и психологической подготовки для работы в необычных условиях существования, а также разработку мер защиты от травмирующего воздействия психогенных факторов.

ЭЛЬКОНИН Даниил Борисович (1904-1984) — российский психолог. Развивая положение культурно-исторической теории в решении широкого круга проблем детской психологии (см. Возрастная психология), выдвинул концепцию периодизации психического развития детей, основанную на понятии «ведущей деятельности». Предложил эффективный метод обучения ребенка чтению путем звукового анализа слова (экспериментальный букварь). С позиций культурно-исторической теории провел психологический анализ игры, выявив ее роль в процессе развития ребенка («Детская психология», 1960; «Психология игры», 1978).

ЭМОЦИИ (от лат. *emoveo* — потрясаю, волную) — особый класс психических явлений, проявляющийся в форме непосредственного, пристрастного переживания субъектом жизненного смысла этих явлений, предметов и ситуаций для удовлетворения своих потребностей. Выделяя в образе действительности жизненно значимые явления и побуждая направить на них активность, Э. служат одним из главных механизмов психической регуляции поведения. В большинстве философских учений Э. рассматривались в качестве активных сил, способных направлять мысли и поступки человека как согласованно с его разумными решениями, так и вопреки им. Отступления от этой тенденции связаны с распространением трихотомной схемы психического (И. Тетенс, И. Кант), отделившей от Э. в класс волевых явлений (см. Воля) желания и другие побуждающие активность переживания. Разрыв между Э. и действием, заложенный данной схемой,

сохраняет и современная экспериментальная психология, изучающая Э. и потребности (мотивацию) в относительной независимости. Согласно представлению, рассматривающему желания как разновидность эмоциональных явлений, Э. в целом служат выражению потребностей и определяются как конкретно-субъективная форма существования мотивации. В биологической эволюции Э. возникли как средство, позволяющее живым существам определять биологическую значимость состояний организма и внешних воздействий. Простейшая форма Э. — так называемый эмоциональный тон ощущений — положительные или отрицательные переживания, сопровождающие отдельные жизненно важные воздействия (например, вкусовые, температурные) и побуждающие индивида к их сохранению или устранению. При столкновении с условиями, способствующими или препятствующими поведению, возникают ситуативные Э., выражающие значение этих условий для удовлетворения потребностей. Важную регулирующую роль среди них играют Э., возникающие при столкновении с успехом или неуспехом (радость, огорчение) и способствующие приобретению полезных и устранению не оправдавших себя форм поведения. В экстремальных условиях, если субъект не находит выхода из возникшей ситуации, развиваются аффекты.

По биологическому назначению Э. представляют собой форму актуализации видового опыта: ориентируясь на них, индивид совершает необходимые действия (например, по избеганию опасности, продолжению рода), целесообразность которых остается для него скрытой. Э. важны и для приобретения индивидуального опыта. Выполняя в процессах обусловливания (см. Условный рефлекс) функцию положительного или отрицательного подкрепления, они создают возможность предвосхищать удачи и затруднения в будущем и тем самым облегчают поиск оптимальных путей достижения цели.

ЭМОЦИОНАЛЬНОСТЬ — свойства человека, характеризующие содержание, качество и динамику его эмоции и чувств. Содержательные аспекты Э. отражают явления и ситуации, имеющие особую значимость для субъекта. Они неразрывно связаны со стержневыми особенностями личности, ее нравственным потенциалом: направленностью мотивационной сферы, мировоззрением, ценностными ориентациями и проч. Качественные свойства Э. характеризуют отношение индивида к явлениям окружающего мира и находят свое выражение в знаке и модальности доминирующих эмоций. К динамическим свойствам Э. относятся особенности возникновения, протекания и прекращения эмоциональных процессов и их внешнего выражения. Э. является одной из основных (наряду с активностью) составляющих темперамента. **ЭМПАТИЯ** (от греч. *empathia* — сопереживание) — постижение эмоционального состояния, проникновение-вчувствование в переживания другого человека. Термин «Э.» введен Э. Титченером, обобщившим развивавшиеся в философской традиции идеи о симпатии с теориями вчувствования Э. Клиффорда и Т. Липпса. Различают эмоциональную Э., основанную на механизмах проекции и подражания моторным и аффективным реакциям другого человека; когнитивную Э., базирующуюся на интеллектуальных процессах (сравнение, аналогия и т. п.), и предикативную Э., проявляющуюся как способность человека предсказывать аффективные реакции (см. Аффект) другого в конкретных ситуациях. В качестве особых форм Э. выделяют сопереживание — переживание субъектом тех же эмоциональных состояний, которые испытывает другой человек, через отождествление с ним, и сочувствие — переживание собственных эмоциональных состояний по поводу чувств другого. Важной характеристикой процессов Э., отличающей ее от других видов понимания (идентификации, принятия ролей, децентрации и др.), является слабое развитие рефлексивной стороны (см. Рефлексия),

замкнутость в рамках непосредственного эмоционального опыта. Установлено, что эмпатическая способность индивидов возрастает, как правило, с ростом жизненного опыта; Э. легче реализуется в случае сходства поведенческих и эмоциональных реакций субъектов.

ЭМПИРИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (от греч. *empeiria* — опыт) — термин, введенный немецким философом XVIII в. Х. Вольфом для обозначения особой дисциплины, которая описывает и изучает конкретные явления психической жизни в отличие от рациональной психологии, выводящей явления из природы и сущности души (см. История психологии). Задачей Э. п. считалось наблюдение за отдельными фактами, их классификация, установление проверяемой на опыте закономерной связи между ними. Идея о том, что психологическое познание должно базироваться на опыте, стала краеугольным камнем учения Дж. Локка, однако само понятие об опыте приобрело в этом учении двусмысленный характер. Опыт разделялся на внешний и внутренний (см. Сенсуализм). Это стало предпосылкой последующего расщепления Э. п. на два направления — материалистическое (французский материализм) и идеалистическое (Дж. Беркли, Юм). Как следствие этого расщепления сложившаяся в середине XIX в. Э. п. («опытная школа» в психологии) соединила установку на эмпирическое наблюдение, конкретный анализ и индуктивное познание психических явлений с учением об особой сущности этих явлений, постигаемых только посредством самонаблюдения. Программа «опытной школы» подготовила переход от умозрительной трактовки психики к ее экспериментальному изучению. В дальнейшем многозначность термина «опыт» привела к размежеванию между сторонниками естественнонаучного подхода к психике, понимавшими его как контролируемое наблюдением и экспериментом, познание реальных процессов сознания, и поведения, и сторонниками «чистого» опыта, сводимого к субъективным феноменам.

ЭНДЖЕЛ Джеймс (1869-1949) — американский психолог. Один из лидеров функциональной психологии, под которой им, как и другими представителями этого направления, понималось учение о психических операциях, выполняющих роль посредников между организмом и средой. Главное назначение сознания с этой точки зрения: аккомодация к новому, выживание в сложной среде. Организм действует, используя свои функции — внимание, память, мышление и др. как психофизическое целое, и поэтому психология не вправе ограничиться областью сознания и данными субъекту сведениями о нем, т. е. интроспекцией. Большое внимание в его исследованиях уделялось мышечным приспособлениям, фактору потребности и генетическому методу.

ЭПИСТЕМОЛОГИЯ ГЕНЕТИЧЕСКАЯ (от греч. *epistemo* — значение, *logos* — учение, *genos* — происхождение) — направление в исследованиях мышления, разработанное Ж. Пиаже и его школой (см. Женевская школа генетической психологии), поставившее целью разработать общую теорию развития познания, которая синтезировала бы данные онтогенеза (экспериментально-психологического изучения интеллекта ребенка) и филогенеза (истории науки). Параллели между этими двумя рядами усматривались в изменении как у индивида, так и в ходе общей эволюции научных идей характера отношения между субъектом и объектом умственных операций. На обоих уровнях прогресс выражается в преодолении эгоцентризма и феноменализма, в углублении рефлексии и построении логико-математических структур. Э. г. способствовала разработке проблемы отношений между логикой и психологией мышления, оказав, в частности, большое влияние на развитие психологической концепции Ж. Пиаже.

ЭПИФЕНОМЕНАЛИЗМ (от греч. *epi* — над и *phainomenon* — феномен, явление) — учение, согласно которому психика не играет активной роли в жизни и деятельности человека и является лишь избыточным продуктом

материальных (физиологических) процессов. Материалистический подход отвергает Э. и рассматривает психику как активное отражение реальности, регулирующее процесс жизнедеятельности.

ЭРГОНОМИКА (от греч. *ergon* — работа и *nomos* — закон) — область научно-прикладных исследований, находящихся на стыке технических наук, психологии и физиологии труда, в которой разрабатываются проблемы проектирования, оценки и модернизации систем «человек— техника—среда». В отличие от инженерной психологии и психологии труда Э. изучает взаимодействие человека и техники не только в сфере производства, но и в сферах досуга и быта. Одно из важнейших направлений в Э., например, связано с проектированием предметного мира для людей с физическими недостатками. Наиболее интенсивно Э. развивалась в рамках военно-промышленного комплекса. Активное воздействие на развитие Э. оказали возросшая конкуренция в производстве товаров и услуг и принятие законодательства, защищающего права потребителя. Юридическая ответственность за качество и безопасность своих изделий побудила предпринимателей привлекать эргономистов к разработке новых изделий еще на стадии проектирования. Одно из основных направлений Э. связано с изменением менталитета инженеров, проектировщиков, конструкторов, которых призывают ориентироваться не на собственные представления о физических и психических характеристиках человека, а на точное знание того, как человек видит, слышит, думает, как далеко он может дотянуться рукой, насколько он может согнуться, как повлияет определенный уровень вибрации на его зрительное восприятие, эмоциональные реакции и т. д. С этой целью создаются многостраничные справочники по конкретным характеристикам человека и его возможностям действовать в тех или иных средах, проводится большая работа по стандартизации эргономических норм и требований, вводятся в инженерные вузы дополнительные курсы по эргономике и человеческим факторам.

ЭРЕНФЕЛЬС Христиан фон (1859-1920) — австрийский философ и психолог, представитель Австрийской (Грацской) школы. В психологии наиболее известен своей работой «О гештальт-качествах» (1890), в которой он ввел в психологическую науку понятие «гештальт-качество» (см. Гештальт) и поставил проблему целостности в психологии (см. Целостная психология). Решал, однако, эту проблему Э. в духе элементаризма: целостность психического образа объяснялась автоматическим появлением в сознании еще одного нового (целостного) элемента, связывающего в единое целое исходные элементы этого образа (ощущения).

ЭРИКСОН (Erickson) Милтон Хиланд (1901-1980) — один из самых популярных американских психотерапевтов XX в., гипнотизер. Написал более 140 работ по психотерапии. С 1948 г. жил и работал в г. Феникс, шт. Аризона. После 1967 г., в результате осложнений, вызванных полиомиелитом, оказался прикованным к инвалидной коляске. Э. — основатель и президент Американского общества клинического гипноза («American society of clinical hypnosis»), основатель и редактор журнала «American Journal of Clinical Hypnosis». Регулярно проводил свои знаменитые семинары гипнотерапии и короткой прямой психотерапии. В 1923 г. разработал ряд методик гипнотерапии, в том числе метод «поднятия руки» («американский метод»).

ЭРИКСОН Эрик (р. 1902) — американский психолог, основатель эго-психологии. В противоположность тезису психоанализа об антагонизме личности и общества подчеркивал бисоциальную природу и адаптивный характер поведения личности, центральным, интегративным качеством которой выступает психосоциальная идентичность. Субъективно переживаемая как «чувство непрерывной самотождественности», психосоциальная идентичность базируется на принятии личностью целостного образа себя (см. Я-концепция) в единстве с ее многообразными

социальными связями. Изменение социокультурных условий существования личности ведет к утрате прежней и необходимости формирования новой идентичности. Возникающие на этом пути личностные затруднения могут привести к тяжелому неврозу («потеря себя»). На основании этого Э. делал вывод об обусловленности массовых неврозов глубокими потрясениями в жизни общества на поворотах истории (войны, революции и т. д.). Смысл терапевтической работы усматривался в возвращении пациенту утраченного чувства идентичности.

ЭРОС, ЭРОТ (от греч. Eros — любовь) — 1) бог любви; 2) олицетворение любви и сексуальности; 3) персонифицированное обозначение сексуального инстинкта (сексуального влечения) (см. Сексология), инстинкта жизни и самосохранения. Как общее эмблематическое обозначение любви Э. получил разнообразные отражения в мифологии, искусстве, философии и психологии (главным образом в психоанализе) (см. Танатос).

ЭТИКА ПСИХОЛОГА ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ — реализация психологом в своей деятельности специфических нравственных требований, норм поведения как во взаимоотношениях с коллегами, научным сообществом, так и с испытуемыми, респондентами, лицами, обращающимися за психологической помощью (см. Помощь психологическая). Наряду с универсальными этическими принципами и нормами, значимыми для всех категорий ученых (научная честность и корректность при сборе экспериментальных данных; отказ от присвоения чужих идей и результатов исследований, от поспешных выводов на основе непроверенных данных; отстаивание своих научных взглядов в любой научной среде, в полемике с любыми авторитетами в науке и т. д.), ученый-психолог при проведении исследований не должен использовать методы, технику, процедуры, ущемляющие достоинство личности испытуемых, их интересы; ему следует строго соблюдать гарантии конфиденциальности — неразглашения сообщенных респондентами сведений, следует информировать испытуемых о целях проводимого исследования. В том случае, если во избежание сознательного или неосознаваемого искажения даваемых испытуемым сведений требуется скрыть от него научные цели, то о них должно быть сообщено по завершении эксперимента. Если участие в исследовании предполагает вторжение психолога в сферу личных интересов или интимных переживаний, испытуемому должна быть предоставлена безоговорочная возможность при желании отказаться от дальнейшего участия в исследовании на любом этапе его проведения. Давая рекомендации, основанные на полученных результатах, психолог не имеет морального права слагать с себя ответственность за последствия их внедрения в общественную практику.

ЭТНИЧЕСКАЯ КАРТИНА МИРА — единая когнитивная ориентация, являющаяся фактически невербализованным, имплицитным выражением понимания членами каждого общества (в том числе и этнической общности) «правил жизни», диктуемых им социальными, природными и «сверхъестественными» силами. Э. к. м. представляет собой свод основных допущений и предположений, обычно не осознаваемых и не обсуждаемых, которые направляют и структурируют поведение представителей данной общности почти точно так же, как грамматические правила, неосознаваемые большинством людей, структурируют и направляют их лингвистическое поведение. Считается, что все нормативное поведение группы или общности есть функция особой Э. к. м. Согласно Р. Рэдфилду, ни один человек не держит всего, что он знает о мире и чувствует, целиком в сознании, но в то же время осведомленный мыслящий информатор может описать свою Э. к. м. так, что исследователь в состоянии ее понять. А. Холлоуэлл, напротив, рассматривал Э. к. м. в виде такой когнитивной ориентации, которую люди не осознают и не могут абстрактно сформулировать. В последнее время Э. к. м. обозначается и исследуется через понятие ценности и ценностной

ориентации. Под ценностью в данном случае понимается серия предположений о мире, стимулирующая и регулирующая предпочтительный тип поведения. Попытка эмпирического изучения Э. к. м. через описание базовых ценностных ориентации была предпринята Ф. Клакхон и Ф. Стродбеком.

ЭТНИЧЕСКИЕ СТЕРЕОТИПЫ — относительно устойчивые представления о моральных, умственных, физических качествах, присущих представителям различных этнических общностей. В содержании Э. с, как правило, зафиксированы оценочные мнения об указанных качествах. Помимо этого в содержании Э. с. могут присутствовать и предписания к действию в отношении людей данной национальности. Э. с. принято подразделять на автостереотипы и гетеростереотипы. Автостереотипы — мнения, суждения, оценки, относимые к данной этнической общности ее представителями. Как правило, автостереотипы содержат комплекс положительных оценок. Гетеростереотипы, т. е. совокупность оценочных суждений о других народах, могут быть как положительными, так и отрицательными, в зависимости от исторического опыта взаимодействия данных народов. В содержании Э. с. следует различать относительно устойчивое ядро — комплекс представлений о внешнем облике представителей данного народа, о его историческом прошлом, особенностях образа жизни и трудовых навыках — и ряд изменчивых суждений относительно коммуникативных и моральных качеств данного народа. Изменчивость оценок этих качеств тесно связана с меняющейся ситуацией в межнациональных и межгосударственных отношениях. Адекватность содержания Э. с. действительности весьма проблематична. Скорее следует полагать, что Э. с. отражают прошлый и настоящий, позитивный или негативный опыт взаимоотношения народов, особенно в тех сферах деятельности (торговля, сельское хозяйство и т. д.), где данные народы наиболее активно контактировали.

ЭТНИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ — готовность личности воспринимать те или иные явления национальной жизни и межэтнических отношений и в соответствии с этим восприятием действовать определенным образом в конкретной ситуации. Э. у. фокусируют в себе убеждения, взгляды, мнения людей относительно истории и современной жизни их этнической общности и взаимосвязей с другими народами, людьми иных национальностей. В современных условиях усилия ученых направлены на выявление механизмов, способных гармонизировать межэтнические отношения, оптимизировать Э. у.

ЭТНИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ — форма межгруппового конфликта, когда группы с противоречивыми интересами поляризуются по этническому признаку. Источником Э. к., как правило, являются внеэтнические социально-политические и экономические противоречия. Нарастание Э. к. сопровождается ростом этноцентризма, свойственного в той или иной степени этническому самосознанию любого уровня развития, усилением интенсивности циркуляции в обществе негативных этнических стереотипов, кристаллизацией националистической идеологии. Внутренним, собственно этническим, источником Э. к. может быть столкновение национальных интересов, т. е. тех же социально-политических и экономических интересов, но признаваемых на уровне национального самосознания фундаментальными жизненными потребностями данной этнической общности. Осознание этих интересов все большим количеством членов данной этнической группы в ситуации столкновения приводит к появлению угрозы этим интересам (действительной или мнимой) и, соответственно, потребности защищать их. Другим источником Э. к. может служить политизация этнической принадлежности, т. е. процесс, при котором противостоящие социальные слои и группы поляризуются по этническому признаку. Особую остроту и размах Э. к. может приобретать благодаря большому эмоциональному потенциалу

этнического самосознания людей, возможности быстрой консолидации всех социальных групп данной общности по этническому признаку.

ЭТНОПСИХОЛОГИЯ (от греч. *ethnos* — племя, народ) — междисциплинарная отрасль знания, изучающая этнические особенности психики людей, национальный характер, закономерности формирования и функции национального самосознания, этнических стереотипов и т. д. Создание специальной дисциплины, — «психологии народов» было провозглашено уже в 1860 г. М. Лацарусом и Х. Штейнталем, которые трактовали «народный дух» как особое, замкнутое образование, выражающее психическое сходство индивидов, принадлежащих к определенной нации, и одновременно как их самосознание; содержание его должно быть раскрыто путем сравнительного изучения языка, мифологии, морали и культуры. В начале XX в. эти идеи получили развитие и частичную реализацию в «психологии народов» В. Вундта. В дальнейшем в США Э. практически отождествляется с неофрейдистской теорией (см. Неофрейдизм), пытавшейся вывести свойства национального характера из так

называемой «базовой», или «модальной», личности, которая в свою очередь ассоциировалась с типичными для данной культуры методами воспитания детей. Современная Э. не представляет собой единого целого ни по тематике, ни по методам. В ней можно выделить ряд самостоятельных направлений:

1) сравнительные исследования этнических особенностей психофизиологии, когнитивных процессов, памяти, эмоций, речи и т. д., которые теоретически и методически составляют неотъемлемую часть соответствующих разделов общей и социальной психологии;

2) культурологические исследования, направленные на уяснение особенностей символического мира и ценностных ориентации народной культуры; неразрывно связанные с соответствующими разделами этнографии, фольклористики, искусствознания и т. п.;

3) исследования этнического сознания и самосознания, заимствующие понятийный аппарат и методы из соответствующих разделов социальной психологии, изучающих социальные установки, межгрупповые отношения и т. д.;

4) исследования этнических особенностей социализации детей, понятийный аппарат и методы которых ближе всего к социологии и детской психологии. Поскольку свойства национальной культуры и свойства составляющих этнос (этническую общность) индивидов не тождественны, между культурологическими и психологическими исследованиями Э. всегда существуют определенные расхождения. В современных условиях особое внимание в Э. уделяется изучению психологических причин этнических конфликтов, нахождению эффективных путей их разрешения, а также выявлению истоков роста национального самосознания, развития его в разных социальных и национальных средах.

ЭТОЛОГИЯ (от греч. *ethos* — привычка, характер, нрав, манера вести себя и *logos* — учение) — научная дисциплина, изучающая поведение животных с общебиологических позиций и исследующая четыре его основных аспекта: 1) механизмы; 2) биологические функции; 3) онтогенез и 4) эволюцию. В центре внимания Э. видоспецифичное (характерное для данного вида животного) поведение в естественных условиях обитания. Основателями Э. являются зоологи Я. Лоренц и Н. Тинберген. В развитии выделяют классический период (середина 30-х — середина 50-х гг.) и современный этап (с конца 50-х гг.). В Э. применяется морфологический подход к поведению, при котором поведение во многих отношениях исследуется по аналогии с тем, как морфология изучает строение тела. Согласно Лоренцу, основу видоспецифического поведения составляют инстинктивные движения (см. Инстинкт, Таксисы) или комплексы фиксированных действий (КФД), форма которых является врожденной, генетически закрепленной. Сравнительное исследование

поведения у различных видов животных легло в основу этологического изучения эволюции поведения. Лоренц предложил модель инстинктивного поведения, основанную на гипотезе о физиологических механизмах нерелефторной природы (см. Инстинктивное поведение животных). Основные понятия этой модели, а также гипотеза Лоренца об изначальной координации поведения на уровне центральной нервной системы. — все это во многом определило направление исследований Э., которые стремились подтвердить, скорректировать или опровергнуть эту модель. Лоренц также сформулировал концепцию импринтинга (запечатления). Тинберген создал на базе концепции Лоренца модель иерархической организации инстинктивного поведения. В середине 50-х гг. классическая Э. подверглась резкой критике со стороны бихевиористски ориентированных исследователей поведения (см. Бихевиоризм), которые отрицали существование врожденного, генетически зафиксированного поведения и утверждали, что несмотря на несомненное влияние наследственности практически все поведение животных формируется под воздействием внешней среды и научения. Эта критика оказала серьезное влияние на развитие этологии на современном этапе. Постепенно между Э. и американской сравнительной психологией возникли тесные контакты и активный обмен идеями. В современной Э. классическая концепция подверглась значительному пересмотру, видоизменениям и усложнениям. Этологи представляют все видоспецифичное поведение в виде спектра, на одном краю которого находится жестко стереотипное поведение по типу КФД, а на другом — изменчивое поведение, связанное с научением. Хотя в Э. появилась тенденция к резкой критике и даже отказу от ряда идей и понятий, относящихся к классической теории поведения, но другой общей теории, заменяющей классическую, не возникло, а с 80-х гг., на новом уровне знаний, вновь начинает расти интерес к классическим представлениям, которые переосмысливаются и усовершенствуются.

ЭФФЕКТ БУМЕРАНГА (от англ. boomerang — метательное оружие, возвращающееся к владельцу) — наблюдающийся главным образом в психологии пропаганды и педагогической психологии эффект, заключающийся в том, что при некоторых воздействиях источника информации на аудиторию или на отдельных лиц получается результат, обратный ожидаемому. Как правило, Э. б. возникает, если подорвано доверие к источнику информации, если передаваемая информация длительное время носит однообразный, не соответствующий изменившимся условиям характер, если субъект, передающий информацию, вызывает неприязнь к себе у воспринимающих эту информацию и т. п.

ЭФФЕКТ КРАЯ — явление, заключающееся в том, что из расположенного в ряд заучиваемого материала элементы, находящиеся в начале и конце, запоминаются быстрее, чем элементы, находящиеся в середине. Установлен немецким психологом Г. Эббингаузом и подтвержден исследованиями многих психологов. Э. к. проявляется как при непосредственном, так и при отсроченном воспроизведении. Согласно французскому психологу М. Фуко, он является результатом взаимодействия процессов внутреннего торможения, одновременно действующих в ходе научения и замедляющих его (см. Торможение проактивное; Торможение ретроактивное). В современных исследованиях Э. к. изучается как эффект первичности и эффект недавности, эффект новизны.

ЭФФЕКТ НЕДАВНОСТИ — увеличение вероятности припоминания последних элементов расположенного в ряд материала по сравнению со средними элементами ряда (см. Эффект края). Изучается в контексте исследований памяти, процессов научения и социальной перцепции (см. Перцепция социальная). Установлено, что Э. н. зависит не от длины запоминаемого ряда и темпа его предъявления, а от характера деятельности, выполняемой непосредственно после предъявления ряда: если решается задача на

обнаружение сигнала, то Э. н. сохраняется (Д. Рейтман), если же решается вербальная (например, арифметическая) задача, то Э. н. отсутствует (Л. и М. Петерсон). Э. н. связан с извлечением информации из кратковременной памяти (см. Память кратковременная). В случае отсутствия Э. н. на указанную информацию накладывается другая сходная информация, поступающая в хранилище кратковременной памяти. Как и эффект края, Э. н. не имеет однозначной интерпретации. В социальной психологии Э. н. (известный больше как эффект новизны.) изучается при восприятии людьми друг друга и заключается в том, что по отношению к знакомому человеку наиболее значимой оказывается последняя, т. е. более новая, информация о нем, тогда как по отношению к незнакомому человеку более значима первая информация (см. Эффект первичности).

ЭФФЕКТ НЕЗАВЕРШЕННОГО ДЕЙСТВИЯ (ЭФФЕКТ ЗЕЙГАРНИК) — явление, характеризующее влияние на процессы памяти прерывов в деятельности. Установлен Б. В. Зейгарник, проверявшей гипотезу Я. Левина о том, что прерванные задачи в силу сохраняющегося мотивационного напряжения (см. Мотивация) запоминаются лучше, чем завершенные. В опытах было установлено, что количество запомнившихся прерванных задач примерно вдвое превышало количество запомнившихся завершенных задач. Э. н. д. зависит от многих переменных: возраста испытуемых, отношения числа завершенных задач к числу незавершенных, времени решения каждой задачи, относительной трудности задач, отношения субъекта к прерванной деятельности, его заинтересованности в выполнении задания и т. д.

Однако Э. н. д. наблюдается не всегда. Оказалось, что при очень сильной заинтересованности лучше запоминались завершенные задачи, тогда как при слабой мотивации — прерванные задания. Эти эксперименты породили в дальнейшем исследования влияния на процессы памяти уровня притязаний и самооценки личности. Было доказано, что при адекватной самооценке Э. н. д. соблюдался, а при повышенной или пониженной — нет. Несмотря на большой экспериментальный материал, Э. н. д. не имеет окончательного теоретического объяснения.

ЭФФЕКТ НОВИЗНЫ — феномен социальной психологии, проявляющийся в том, что при восприятии человека человеком (см. Перцепция социальная) по отношению к знакомой персоне наиболее значимой и запоминающейся оказывается последняя, новая информация о ней, тогда как по отношению к незнакомой персоне наиболее значима впервые появившаяся информация, создающая первое впечатление о человеке. Если эта информация носит оценочный, пристрастный характер, то может возникнуть эффект ореола, или гала-эффект.

ЭФФЕКТ ОРЕОЛА — распространение в условиях дефицита информации о человеке общего оценочного впечатления о нем на восприятие его поступков и личностных качеств. При формировании и развитии первого впечатления о человеке Э. о. может выступать в форме позитивной оценочной пристрастности («положительный ореол») и негативной оценочной пристрастности («отрицательный ореол»). Так, если первое впечатление о человеке в целом благоприятно, то в дальнейшем все его поведение, черты и поступки начинают переоцениваться в положительную сторону. Если общее первое впечатление о каком-либо человеке в силу сложившихся обстоятельств оказалось отрицательным, то даже положительные его качества и поступки в последующем или не замечаются вовсе, или недооцениваются на фоне гипертрофированного внимания к недостаткам. В основе Э. о., как и многих других явлений социальной перцепции (см. Перцепция социальная), лежат механизмы, обеспечивающие при недостатке информации о социальных объектах, необходимой для успеха той или иной деятельности, ее категоризацию, упрощение и отбор.

ЭФФЕКТ ПЕРВИЧНОСТИ — более высокая вероятность припоминания

нескольких первых элементов расположенного в ряд материала по сравнению со средними элементами (см. Эффект края). Изучается в контексте исследований памяти, процессов научения и социальной перцепции (см. Перцепция социальная). В многочисленных исследованиях установлено, что Э. п. зависит от объема запоминаемого материала и темпа его предъявления: чем длиннее предъявляемый ряд и выше темп его предъявления, тем меньшее количество первых элементов припоминается; от организации повторения запоминаемого материала; от наличия в запоминаемом ряду слов-синонимов или одинаково звучащих слов: их включение приводит к избирательному снижению Э. п. На Э. п. практически не влияет характер деятельности, выполняемой непосредственно после предъявления ряда. Э. п. объясняется тем, что первые элементы ряда в результате большего числа повторений успевают перейти в долговременную память (см. Память долговременная) и дальнейшее их извлечение оттуда связано с эффективностью их поиска в хранилище этой памяти. В социальной психологии Э. п. изучается при восприятии людьми друг друга и касается значимости определенного порядка поступления информации о человеке для формирования представления о нем (см. Эффект недавности; Стереотип социальный).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГРУППЫ (от лат. *effectivus* — дающий определенный результат, действенный) — отношение достигнутого результата (по тому или иному критерию) к максимально достижимому или заранее запланированному результату. Э. д. г. может быть определена только в том случае, если будут четко выделены количественные или качественные критерии как основания для сравнения достигнутого и запланированного результата и единицы измерения результатов. Учитывая множественность факторов, влияющих на Э. д. г., исследователи, как правило, ограничивают число критериев, по которым проводится оценка

эффективности. Выделяются два универсальных критерия: 1) продуктивность (чаще всего экономическая, выражаемая в единицах продукции, соотносенных с затратами на ее производство) и 2) удовлетворенность (трудом, принадлежностью к группе и т. д.), понимаемая как психологическое состояние, вызванное соотношением определенных притязаний субъекта трудовой деятельности (см. Уровень притязаний) и возможностью их осуществления. Помимо этого критерия выделяется множество других социально-психологических критериев, с помощью которых пытаются учесть социальные и психологические аспекты Э. д. г. (например, всестороннее развитие личности, бескорыстное и добросовестное отношение к труду, сплоченность и уровень управляемости коллектива, ценностные ориентации и нормы, величина и состав группы, психологический климат в коллективе и т. д.). Сложность определения Э. д. г. по этим критериям заключается в трудностях выделения единиц их измерения и разработки измерительных процедур. Понятие Э. д. г. следует отличать от понятия «результативность». Если принимаемые для оценки эффективности критерии могут быть количественно измерены, то можно говорить о результативности как синониме эффективности. Если же в качестве критериев добавляются психологические критерии, не поддающиеся количественному измерению, то понятие «результативность» не может применяться как синоним понятия «эффективность».

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕСТА (от лат. *effectus* — исполнение, действие) — один из основных критериев оценки тестов, наряду с надежностью, валидностью, репрезентативностью, достоверностью, объективностью и т. п. Более эффективным можно назвать тест, который при равном уровне валидности измеряет заданное свойство с помощью меньшего числа заданий, быстрее, дешевле.

ЭФФЕКТОРЫ — органы или системы органов, реагирующие (посредством нейрогуморальных механизмов) на действие внешних или внутренних

раздражителей и выступающие в роли исполнительного звена рефлекторного акта. Например, сокращающаяся под действием света круговая мышца радужной оболочки глаза является Э. зрачкового рефлекса (см. Безусловный рефлекс).

ЭФФЕРЕНТНАЯ СИСТЕМА (от лат. efferens (efferen-nis) — выносящий) — нервные пути, включающие центробежные нервные волокна (см. Нейрон), проводящие нервные импульсы от нервных центров (кора головного мозга, спинальные ядра и др.) к периферическим устройствам (см. Анализатор; Рецептор; Нервная система).

ЭХОЛАЛИЯ (от греч. echo — отражение звука и lalia — речь) — автоматическое повторение чужих слов, наблюдаемое при некоторых психических заболеваниях (шизофрении, поражении лобных долей мозга и др.) у взрослых и детей. Э. иногда встречается и у нормально развивающихся детей как один из ранних этапов становления их речи.

ЭХОПРАКСИЯ (от греч. echo — отзвук, praxis — действие) — подражательное, автоматическое повторение движений и действий других людей. Э. может проявляться в различных формах: чаще больной повторяет сравнительно элементарные движения, которые совершаются перед его глазами (например, поднятие руки, хлопанье в ладоши и т. п.). Одна из форм Э. — эхолалия. Э. наблюдается при шизофрении, при поражении лобных долей мозга, при органических заболеваниях мозга.

ЮМ Давид (1711-1776) — английский психолог и философ. Заняв последовательно скептическую позицию, Ю. провозгласил единственным объектом познания опыт, отбросив рефлексию как источник познания. Опыт, по Ю., построен из впечатлений (к которым относятся ощущения и эмоции) и идей (копий впечатлений). Впечатления и идеи разграничиваются по субъективным признакам живости и силы. При этом идеи (факты сознания) зависят от впечатлений (других фактов сознания) и следуют друг за другом по определенным правилам. В этом течении идеи, согласно Ю., нет никакой необходимости. Вера в необходимость — результат привычки, которая учит, что за одним феноменом обычно появляется другой. Согласно его концепции, ассоциации не продукт причинной связи, но, напротив, мнение о существовании такого рода связи — продукт ассоциации. Ю. выделял три вида ассоциации — по сходству, смежности в пространстве и времени и причинности. Согласно Ю., связь дана внутри самих элементов сознания и не требует никакой реальной основы. В течении ассоциативных процессов, не имеющих реальной причинной связи, исчезали не только реальные объекты, но и целостная активная личность, которая превращалась в калейдоскоп лишенных внутренней связи состояний, каждое из которых, по Ю., является причиной самой себя.

ЮМОР (от англ. humour — нрав, настроение) — см. Чувство юмора.

ЮНГ (Jung) Карл Густав (1875-1961) — швейцарский психолог, психиатр и психоаналитик, основатель аналитической психологии. Защитив в 1902 г. диссертацию «К психологии и патологии так называемых оккультных феноменов», организовал в Цюрихе экспериментальную лабораторию (1904), в которой разрабатывались методы психиатрической диагностики, в том числе методика ассоциативного эксперимента. В 1903-1904 гг. совместно с Э. Блейлером, К. А. Абрахамом и др. заинтересовался психоанализом З. Фрейда и начал практиковать психоаналитическую терапию. В 1907 г. познакомился с З. Фрейдом и основал общество З. Фрейда в Цюрихе. В 1906-1910 гг. разработал основы учения о комплексах, в том числе и «комплексе Электры». Эти идеи использовались и развивались в учениях З. Фрейда, А. Адлера и др. В 1911 г. появились его серьезные теоретические разногласия с З. Фрейдом, особо обострившиеся после выхода книги «Метаморфозы и символы либидо» (1912), в которой он отверг сексуальную интерпретацию либидо З. Фрейдом, предложил понимание либидо как психической энергии вообще, выдвинул

концепцию коллективного бессознательного и архетипов. В 1913 г. порвал с З. Фрейдом и интенсифицировал разработку собственных психологических воззрений, которые составили основу созданной им аналитической психологии — одного из наиболее представительных течений глубинной психологии. В работе «Структуры бессознательного» (1916) Ю. развил представление о существовании в психике человека, наряду с индивидуальным бессознательным, более глубокого слоя — коллективного бессознательного, содержание которого составляют общечеловеческие первообразы — архетипы (образ матери-земли, мудрого старца, героя и др.), среди которых центральная роль принадлежит архетипу «самости» — потенциальному ядру личности. Считал, что они лежат в основе мифологии, символики сновидений, художественного творчества и т. д. В 1921 г. в книге «Психологические типы» изложил разработанную им типологию характера, основанную на критерии направленности субъекта на внешний или внутренний мир (см. Экстраверсия — Интроверсия) и доминировании определенной психической функции (эмоции, мышления, ощущения, интуиции). Исследовал обширный круг разнообразных проблем: мифы, обряды, ритуалы, символику, сновидения, фольклор, религии, алхимию, психические расстройства, культуру и др. Стремился подкрепить свои теоретические изыскания эмпирическими исследованиями. Значительное внимание уделял разработке концепции личности, в т. ч. вопросам ее становления, структуры и самореализации, понимание которых частично изложил в работах «Отношение между Я и бессознательным» (1928), «Об энергетике души» (1928), «Проблемы души нашего времени» (1931) и др.

Активно занимался психотерапевтической практикой. В качестве основной задачи психотерапии выдвигал восстановление нарушенных связей между различными уровнями и системами психики. В качестве основного содержания психической жизни человека принимал процесс «индивидуации» — стремление личности к полному воплощению своих возможностей. Считал, что его аналитическая психология может быть понята как учение, психотерапия и своеобразный «путь освобождения людей». Опубликовал ряд книг по различным проблемам психологии: «Психология и религия» (1940), «О психологии бессознательного» (1943), «Психология и алхимия» (1944), «Психология и воспитание» (1946) и др.

ЮНОСТЬ — период в раз- витии человека, соответствующий переходу от подросткового возраста к самостоятельной взрослой жизни (см. Зрелость). Хронологические границы Ю. определяются в психологии по-разному, наиболее часто исследователи выделяют раннюю Ю., т. е. старший школьный возраст (от 15 до 18 лет),

и позднюю Ю. (от 18 до 23 лет). К концу юношеского периода завершаются процессы физического созревания человека. Психологическое содержание этого этапа связано с развитием самосознания, решением задач профессионального самоопределения и вступлением во взрослую жизнь. В ранней Ю. формируются познавательные и профессиональные интересы, потребность в труде, способность строить жизненные планы, общественная активность. В юношеском возрасте окончательно преодолевается свойственная предшествующим этапам онтогенеза зависимость от взрослых и утверждается самостоятельность личности. В отношениях со сверстниками наряду с сохранением коллективно-групповых форм общения нарастает значение индивидуальных контактов и привязанностей. Ю. — напряженный период формирования нравственного сознания, выработки ценностных ориентации и идеалов, устойчивого мировоззрения, гражданских качеств личности. Ответственные и сложные задачи, стоящие перед индивидом в юношеском возрасте, при неблагоприятных общественных или микросоциальных условиях могут приводить к острым психологическим конфликтам и глубоким переживаниям, к кризисному протеканию Ю., а

также к разнообразным отклонениям в поведении юношей и девушек от предписанных общественных нормативов (см. Отклоняющееся поведение).

ЮРИДИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (от лат. *juris* — право) — отрасль, изучающая закономерности и механизмы психической деятельности людей в сфере регулируемых правом отношений. Под влиянием успехов экспериментальной психологии в конце XIX — начале XX в. были проведены первые лабораторные исследования в области Ю. п. Основные усилия были направлены на изучение психологии свидетельских показаний и допроса (А. Бине, Г. Гросс, К. Марбе, В. Штерн и др.), «диагностики причастности» к преступлению (К. Юнг и др.), судебной и следственной работы, психологических основ профессионального отбора и обучения юристов (Г. Мюнстерберг). Исследования по Ю. п. стали интенсивно проводиться в СССР в 20-х гг. Были выполнены многочисленные работы по изучению психологии преступников и заключенных, быта преступного мира, закономерностей формирования свидетельских показаний и причин возникновения в них ошибок, по теории и методике судебно-психологической экспертизы проведены оригинальные опыты по обнаружению психологическими методами следов преступления (А. Р. Лурия). В последние два десятилетия активизировались научные исследования в области Ю. п., уточнен ее предмет, сформулированы юридические принципы (А. В. Дулов, А. Р. Ратинов и др.). Систему современной отечественной Ю. П. образуют криминальная психология, изучающая психологические механизмы преступного поведения и личность преступника; судебная психология, охватывающая широкий круг вопросов, связанных с судопроизводством (см. также Судебно-психологическая экспертиза); исправительная психология, разрабатывающая проблемы исправления правонарушителей; правовая психология, изучающая правосознание, принципы его воспитания, причины его деформации. В Ю. п. применяются все основные методы психологии (эксперимент, наблюдение, беседа, анкетирование (см. Анкетный опрос), тестирование и др.), разрабатываются и специфические для данной области знаний методы (например, психологический анализ материалов уголовного дела и др.).

Я — понятие, выражающее результат выделения человеком самого себя из окружающей среды, позволяющий ему ощущать себя субъектом своих физических и психических состояний, действий и процессов, переживать свою целостность и тождественность с самим собой — как в отношении своего прошлого, так настоящего и будущего. Я формируется в деятельности и общении. Изменяя в предметной деятельности окружающий мир и взаимодействуя с другими людьми, субъект отделяет свое Я от не-Я, непосредственно переживая свою идентичность другим объектам. Я оценивается субъектом в Я-концепции, образуя ядро человеческой личности.

Я-ИДЕАЛ — термин, используемый в психоанализе в качестве синонима Сверх-Я. Вместе с тем ряд комментаторов теории З. Фрейда считает, что следует различать Сверх-Я как результат изначальных раннедетских идентификаций с родителями и Я-и.

как результат более поздних идентификаций с гораздо более широким кругом лиц. Я-и. представляет моральные общественные нормы. В течение жизни может неоднократно изменяться.

Я-КОНЦЕПЦИЯ — относительно устойчивая, в большей или меньшей степени осознанная, переживаемая как неповторимая система представлений индивида о самом себе, на основе которой он строит свое взаимодействие с другими людьми и относится к себе. Я-к. — целостный, хотя и не лишенный внутренних противоречий, образ собственного Я, выступающий как установка по отношению к самому себе и включающий компоненты:

когнитивный — образ своих качеств, способностей, внешности, социальной значимости и т. д. (самосознание); эмоциональный — самоуважение, себялюбие, самоуничижение и т. д.; оценочно-волевой — стремление повысить

самооценку, завоевать уважение и т. д. Я-к. — предпосылка и следствие социального взаимодействия, определяется социальным опытом. Ее составляющие: реальное Я (представление о себе в настоящем времени), идеальное Я (то, каким субъект, по его мнению, должен был бы стать, ориентируясь на моральные нормы), динамическое Я (то, каким субъект намерен стать), фантастическое Я (то, каким субъект желал бы стать, даже если бы это заведомо оказалось невозможным, эмоциональное отношение к этим представлениям и убеждениям о себе, соответствующая поведенческая реакция) и др. Я-к. — важный структурный элемент психологического облика личности, складывающаяся в общении и деятельности, идеальная представленность индивида в себе, как в другом. Становление Я-к., будучи в конечном счете обусловлено широким социально-культурным контекстом, возникает в обстоятельствах обмена деятельностью между людьми, в ходе которого субъект «смотрится как в зеркало в другого человека» и тем самым отлаживает, уточняет, корректирует образы своего Я. Формирование адекватной Я-к., и прежде всего самосознания, — одно из важных условий воспитания сознательного члена общества.

ЯЗЫК — система знаков, служащая средством человеческого общения, мыслительной деятельности (см. Мышление), способом выражения самосознания личности, передачи от поколения к поколению и хранения информации. Исторически основой возникновения Я. служит труд, совместная деятельность людей. «Язык так же древен, как и сознание; язык есть практическое, существующее и для других людей и лишь тем самым существующее также и для меня самого действительное сознание, и, подобно сознанию, Я. возникает лишь из потребности, из настоятельной необходимости общения с другими людьми» (К. Маркс, Ф. Энгельс). Я. существует и реализуется через речь, которая обладает своими характеристиками, такими, как сукцессивность (линейность), пресуппозиционность (отсылка к энциклопедическим знаниям), ситуативность, неполнота.

ЯТРОГЕНИЯ (от греч. iatros — врач и genes — порождающий, вызывающий) — неблагоприятные изменения психического состояния и психогенные реакции (см. Психогении), способствующие возникновению неврозов, возникающие в результате неправильных (неквалифицированных) действий (см. Действие) врача, осуществляющего ненамеренное внушающее воздействие на пациента (например, вследствие неосторожного высказывания врача о тяжести заболеваний, неблагоприятном прогнозе болезни; неосмотрительные ссылки на плохой исход аналогичных заболеваний у других людей и т.д.). Ятрогенные заболевания выражаются в разных формах и характеризуются наличием разнообразных депрессивных (см. Депрессия) и ипохондрических состояний.

алфавитный указатель

А

Абрахам К.

Абстиненция

Абстракция

Абулия

Августин

Авиационная психология

Австрийская (Грацская) школа

Автоматизм

Авторитарность

Авторитет

Аггравация

Агнозия

Аграфия

Агрессия

Адаптационный синдром
Адаптация
Адаптация сенсорная
Адаптация социальная
Адаптивность — неадаптивность
Аддитивность
Адлер А.
Ажитация
Акалькулия
Акселерация
Активация
Активности физиология
Активность
Активность личности
Активность над ситуативная
Активность поисковая
Акцентуации характера
Акцептор результатов действия
Александрер Ф.
Алексия
Альтруизм
Амбивалентность
Амнезия
Амплификация (психического развития)
Анализ
Анализатор
Анализ через синтез
Аналитическая психология
Анальгезия
Ананказмы
Ананьев Б. Г.
Андрогиния
Анима, Анимус
Анкета
Анемия
Антиципация
Антропологизм
Антропоморфизм
Апатия
Апперцепция
Апраксия
Аристотель
Артефакт
Архетип
Асимметрия функциональная головного мозга
Ассоцианизм
Ассоциативная психология
Ассоциативный эксперимент
Ассоциация
Ассоциация (в социальной психологии)
Астения
Атрибуция
Атрибуция каузальная
Аттитюд
Аттракция
Аутизм

Аутогенная тренировка
Аутогипноз
Афазия
Аффект
Афферентация
Афферентный синтез
Аффилиация
АхН.
Б
Бардин К. В.
Барьер смысловой
Барьеры психологические
Басов М. Я.
Безусловный рефлекс
Бергсон А.
Берн Э.
Бернштейн Н. А.
Беседа
Бессознательное
Бехтерев В. М.
Бине А.
Бинсвангер Л.
Биогенетический закон (в психологии)
Биографические методы
Бихевиоризм
Блонский П. П.
Бодрствование
Божович Л. И.
Боль
Бред
Брентано Ф.
Бугера — Вебера закон
Бэкон Ф.
Бэн А.
Бюлер К.
Бюлер Ш.
В
Вагнер В.
Валидность теста
Валидность эксперимента
Валлон А.
Введенский А. И.
Вдохновение
Вебер Э.
Вебера — Фехнера закон
Ведущая деятельность
Вера
Вербальный
Вероятностное прогнозирование
Вертгеймер М.
Взаимодействие (в психологии)
Взаимодействие анализаторов
Взаимодействие межличностное
Витализм
Власть
Влечение

Влияние
Влияние функционально-ролевое
Вложенный труд
Внимание
Внутренняя картина болезни
Внутренняя речь
Внутригрупповая экспертная взаимооценка
Внутригрупповой фаворитизм
Внушаемость
Внушение
Военная психология
Возбуждение
Воздействие
Возраст
Возрастная группа
Возрастная психология
Возрастные особенности
Волюнтаризм
Воля
Воображение
Воспитание
Воспоминание
Восприятие
Восприятие межгрупповое
Восприятие межличностное
Воспроизведение
Временная связь
Время реакции
Вторая сигнальная система
Вудвортс Р.
Вундт В.
Выготский Л. С.
Выразительные движения
Высшие психические функции
Вытеснение, подавление, репрессия
Выученная беспомощность
Вюрцбургская школа
г
Галль Ф.
Галлюцинации
Гало-эффект
Гальперин П. Я.
Гальтон Ф.
Ганнушкин П. Б.
Гаптика
Гартли Д.
Гваттари Ф.
Гезелл А.
Голлерштейн С. Г.
Гельмгольц Г.
Генерализация условного рефлекса
Генетика поведения
Гениальность
Герберт И.
Геронтопсихология
Гештальт
Гештальтпсихология

Гипермнезия
Гипноз
Гиппократ
Глубинная психология
Гоббс Т.
Голем
Гольдштейн К.
Гомеостаз
«Гормическая» концепция (в психологии)
Госпитализм
Градиент цели
Графология
Грот Н. Я.
Группа
Группа большая
Группа буферная
Группа диффузная
Группа малая
Группа неформальная (неофициальная)
Группа официальная (формальная)
Группа реальная
Группа референтная
Группа условная
Групповая динамика
Групповая изоляция
Групповая нормализация
Групповая поляризация
Групповое поведение животных
Групповое принятие решений
Групповой дискуссии метод
Групповой психоанализ
Группообразование
Группы «открытость — закрытость»
«Гуманистическая психология»
Гуманность
д
Дарвин Ч.
Движения непроизвольные
Движения произвольные
Двух состояний теория
Девиантное поведение
Дедукция
Дежа вю
Действие
Декарт Р.
Делинквент
Делирий
Деменция
Деперсонализация
Депрессия
Детектор лжи
Детерминизм
Детская субкультура
Детство
Дефектология
Децентрация

Деяние
Деятельностного опосредствования
межличностных отношений концепция
Деятельностного опосредствования принцип
Деятельностный подход
Деятельность
Джеймс У.
Джеймса—Ланге теория эмоций
Дженнинг Г.
Диагноз психологический
Диалог
Дидактогения
Дидро Д.
Дильтей В.
Динамическая психология
Динамический стереотип
Динамичность нервной системы
Дисперсионный анализ
Диспозиционная концепция
Диспозиция
Диссимуляция
Дисторзии смыслового восприятия
Дистресс
Дисфория
Дифференциальная психология
Дифференциальная психофизиология
Добрынин Н. Ф.
Доминанта
Достижения мотивация
Дружба
Дункер К.
Духовность
Душа
Дьюи Д.
Дюркгейм Э.
Е
Единицы анализа психики
Ж
Жане П.
Жаргон
Желание
Женевская школа генетической психологии
Жинкин Н. И.
З
Забывание
Зависть
Задатки
Задача
Замещение
Занков Л. Б.
Запечатление
Запоминание
Запорожец А. В.
Заражение
Защита психологическая
Защищенность психологическая

Здравый смысл
Зейгарник Б. В.
Зельц О.
Зинченко П. И.
Знак
Значение
Значимый другой
Зона ближайшего развития
Зона вариативного развития
Зоопсихология
Зрелость (взрослость)
И
Ибн-Сина
Игра
Игра деловая
Игры животных
Идентификация
Идентификация внутригрупповая
Идеомоторный акт
Идиосинкразия
Измерение (в психологии)
Изоляция групповая
Иллюзии восприятия
Имидж
ИмPLICITная теория личности
Импринтинг
Ингибция социальная
Индивид
Индивидуальная психология
Индивидуально-специфическое влияние
Индивидуальность
Индивидуальный стиль деятельности
Индуктор
Индукция
Индукция нервных процессов
Инженерная психология
Инициация
Инсайт
Инстинкт
Инстинктивное поведение животных
Интеграция групповая
Интеллект
Интеллект животных
Интенция
Интеракционизм
Интервью
Интервью диагностическое
Интервью клиническое
Интерес
Интериоризация
Интерференция
Интроверсия
Интроспективная психология
Интроспекция
Интуитивизм
Интуиция

Инфантилизм личностный
Информант
Информация
Ипохондрия
Иррадиация
Искусственный интеллект
Исправительная психология
Исследовательское поведение у животных
Историография психологии
Историческая психология
История психологии
Й
Йеркс Р.
Йеркса—Додеона законы
Йога
К
Кабанис П.
Кавелин К. Д.
Кандинский В. Х.
Каталепсия
Катарсис
Категориальный анализ (в психологии)
Категориальный строй психологии
Категоризация
Катексис
Каузальная схема
Каузометрия
Кёлер В.
Келли Д.
Кеннон У.
Кеттел Д.
Кластерный анализ
Климат социально-психологический
Клиническая психология
Ключевые раздражители
Когнитивная карта
Когнитивная психология
Когнитивная сложность
Когнитивного соответствия теория
Когнитивный стиль
Кожно-гальваническая реакция (КГР)
Коллектив
Коллектив научный
Коллективное бессознательное
«Коллективные представления»
Коллективообразование
Комическое
Коммуникация
Коммуникация массовая
Коммуникация у животных
Компенсация психических функций
Комплекс
Комплекс неполноценности
Комплекс оживления
Конверсия
Конкуренция

Константность
Конструктивная деятельность животных
Консультативная психология
Контаминация
Контекст
Контекстное обучение
Контроль социальный
Конфабуляции
Конфликт
Конфликт продуктивный (конструктивный)
Конформность
Концентрация
Кооперация
Корнилов К. Н.
Корпорация
Корреляционный анализ
Корсаков С. С.
Космическая психология
Коэффициент интеллектуальности
Кравков С. В.
Креативность
Кречмер Э.
Кризис
Криминальная психология
Критическая психология
Кросс-культурная психология
Культура мышления
Культурно-историческая теория
Культурный шок
Кюльпе О.
л
Лабильность
Лабораторный эксперимент
Ладыгина-Коте Н. Н.
Лазурский А. Ф.
Ланге Н. Н.
ЛебЖ.
Леви-Брюль Л.
Левин К.
Лейбниц Г.
Лейпцигская школа
Леонтьев А. Н.
Лесгафт П. Ф.
Лешли К.
Либи́до
Лидер
Лидерства стиль
Лидерство
Лингвистической относительности гипотеза
ЛиппсТ.
Личностный конструкт
Личностный смысл
Личность
Логотерапия
Ложь
Локализация высших психических функций

ЛоккД.
Локомоция
Локус контроля
Ломов Б. Ф.
Лонгитюдное исследование
Лоренц К.
Лурия А. Р.
Любовь
М
Макаренко А. С. Мак-Дугалл В.
Манипулирование (у животных) Манипуляция психологическая
Маскулинность и фемининность Маслоу А.
Массовидные явления Медитация
Медицинская психология Межгрупповая дискриминация Межгрупповые отношения Межличностное взаимодействие Межличностные отношения Межличностных выборов мотивация Межэтнические отношения Мейерсон И.
Меланхолик Менчинская Н. А. Мерлин В. С. Месмер Ф.
Метапсихология
Метод проб и ошибок
Метод свободных ассоциаций
Метод семантического дифференциала
Метод семантического радикала
Методология
Методы исследования личности
Методы психогенетики
Мид Дж. Г.
Мид М.
Милль Дж. Ст.
Мимика
Миннесотский многофазный личностный опросник (MMPI)
Мнемоника
Модальность
Моделирование
Модификация поведения
Мозг
Мозговая атака
Морено Дж.
Мотив
Мотивация
Мотивировка
Музыкальная психология
Музыкальные способности
Музыкотерапия
Мышечное чувство
Мышление
Мышление животных
Мышление интуитивное
Мышление наглядно-действенное
Мышление наглядно-образное
Мышление практическое
Мышление синкретическое
Мышление словесно-логическое
Мышление творческое
Мышление теоретическое
Мюллер И.

Мюнстерберг Г.
Мясищев В. Н.
Н
Наблюдение
Навык
Навязчивые состояния
Надежность теста
Надсознательное
Намерение
Направленность личности
Напряженность психическая
Наркомания
Настроение
Настроение общественное
Научение
Научение социальное
Небылицын В. Д.
Невроз экспериментальный
Неврозы
Невротизм
Негативизм
Нейролингвистика
Нейрон
Нейропсихология
Необихевиоризм
Неофрейдизм
Непроизвольное движение
Нервная система
Новизны эффект
Нонконформизм
Нормы групповые
Нюттен Ж.
Обмена теории
Обобщение
Образ
Образ мира
Образно-концептуальная модель
Обсессии
Обучаемость
Обучение
Общая психология
Общение
Общение фатическое
Общественное мнение
Объект
Объективная психология
Обыденное сознание
Овсяннико-Куликовский Д. Н.
Одаренность
Одаренные дети
Одиночество
Ожидания социальные
Олигофренопсихология
Олпорт Г.
Оно (Ид)
Онтогенез

Оперантное обусловливание
Операция
Опережающее отражение
Опознавательные признаки
Опознавание
Оппонентный круг
Опрос анкетный
Опросники личностные
Опыт
Орбели Л. А.
Организация
Органы чувств
Ореола эффект
Ориентировочная деятельность
Ориентировочная основа действия
Ориентировочная реакция
Ориентировочный рефлекс
Орудие психологическое
Орудийные действия животных
Отбор психологический
Ответственность
Отклоняющееся поведение
Отношение
Отношений личности концепция
Отношения межгрупповые
Отражение
Отраженная субъектность
Отчуждение
Охлотелесуггестия
Ошибки оператора
Ошибочное действие
Ощущение
П
Павлов И. П.
Память
Память долговременная
Память кратковременная
Память сенсорная
Паника массовая
Пантомимика
Парадигма
Парадокс
Парамнезия
Парапсихология
Парафазия
Пароксизм
Патологические сомнения
Патопсихология
Педагогическая психология
Педология
Первая сигнальная система
Переживание
Перенос
Персеверация
Персонализация
Персонализм

Персонификация
Перцептивные действия
Перцепция
Перцепция социальная
Пиаже Ж.
Пиктограмма
Пилотажное исследование
Пирсон К.
Плацебо-эффект
Плюрализм
Поведение
Поведение агрессивное
Поведение девиантное
Поведение полевое
Поведения терапия
Повторение
Пограничные ситуации
Пограничные состояния
Подвижность
Подкрепление
Подражание
Подростковый возраст (отрочество)
Подсознание
Позиция социальная
Пол
Поле
Полевое исследование
Поленезависимость
Политическая психология
Политическое сознание
Половая дифференциация
Половая жизнь
Половая идентичность
Половое влечение
Половые роли
Полярных профилей метод
Помощь психологическая
Понимание
Понимающая психология
Понятие
Популяционный метод
Порог ощущения
Последовательный образ
Постулат непосредственности
Поступок
Потебня А. А.
Потребность
Поэтапного формирования умственных действий концепция
Правосознание
Пралогическое мышление
Прегнантность
Предметно-рефлексивные отношения
Предметно-ценностное единство коллектива
Предрассудок
Предсознательное, предсознание

Представления
Предубеждение
Престиж
Принцип отраженной субъектности
Принятие решения
Припоминание
Пристли Д.
Проблемная ситуация
Проблемное обучение
Программно-ролевая концепция научного коллектива
Прогрессивное (внутреннее) торможение
Проективный метод
Проекция
Произвольное движение
Промежуточные переменные
Протекционизм
Профессиография
Профессиональная консультация
Профессиональная ориентация
Профессиональная пригодность
Профессиональный отбор
Пси
Психика
Психика животных
Психическая деятельность животных
Психическая реабилитация
Психическая травма
Психического как процесса концепция
Психическое здоровье
Психическое состояние
Психоанализ
Психобиография
Психогенетика
Психогении
Психогигиена и психопрофилактика
Психоделики
Психоделические состояния
Психодиагностика
Психодиагностическая проблема
Психодрама
Психоз
Психолингвистика
Психологическая антропология
Психологическая защита
Психологическая помощь
Психологическая служба
Психологические методы профилактики алкоголизма и наркомании
Психологический симбиоз
Психологическое время
Психология
Психология возрастная
Психология допроса и показаний
Психология женщин, психология мужчин
Психология искусства

Психология компьютеризации
Психология науки
Психология научной организации труда
Психология общая
Психология половых различий
Психология пропаганды Психология религии
Психология семьи и брака
Психология спорта
Психология судьбы
Психология сценического искусства
Психология творчества
Психология труда
Психология управления
Психометрика (или психометрия)
Психопатии
Психосексуальная ориентация
Психосемантика
Психосинтез
Психосоматика (Психосоматические заболевания)
Психосоматические расстройства
Психостимуляторы
Психотерапия Психотерапия групповая
Психотехника
Психотоксикология
Психотропные средства
Психофармакология
Психофизика
Психофизиология
Психофизическая проблема
Психофизический параллелизм
Психофизическое взаимодействие
Пуркине Я.
Пьерон А.
Р
Работоспособность
Радищев А. Н.
Развитие личности
Развитие психики
Раздражимость
Раздражитель
Раппорт
Рассеянность
Рассудок и разум
Рационализация
Реактивные состояния
Реактология
Реакция
Регрессивное (внутреннее) торможение
Регрессия поведения
Редукционизм (в психологии)
Рейтинг
Рейтинг-шкалирование
Рекапитуляция
Релаксация
Реминисценция

Респондент
Референтная группа
Референтность
Референтометрический метод
Рефлекс
Рефлексия
Рефлексология
Рецептор
Рецепция
Реципиент
Речь
Речь автономная детская
Речь внутренняя
Речь дактильная
Речь жестовая
Речь письменная
Речь устная
Речь эгоцентрическая
Решение (в психологии)
Рибо Т.
Ригидность
Риск
Рише Ш.
Роджерс К.
Роль
Роршах Г.
Россолимо Г. Н.
Рубинштейн С. Л.
Руководитель
С
Салливан Г.
Самоактуализация
Самовнушение (аутосуггестия)
Самовоспитание
Самовосприятие
Самодетерминации принцип
Самоконтроль
Самонаблюдение
Самообладание
Самоопределение личности
Самоопределение личности в группе
Самоорганизации концепция
Самоотчет
Самооценка
Саморегуляция
Самосознание
Самость
Самотрансценденции личности теория
Самочувствие
Сангвиник
Сверхценные идеи
Сверх-Я (супер-эго)
Свойства нервной системы
Сгущение
Сексизм
Сексология

Сексуальная ориентация
Сексуальная совместимость
Сексуальное поведение
Селье Г.
Сензитивность
Сензитивность возрастная
Сенсибилизация
Сенсомоторный психосинтез
Сенсорная деривация
Сенсорная система
Сенсуализм (в психологии)
Сеченов И. М.
Сигнал
Сигнальные системы
Сила нервной системы
Символ
Симпатия
Симультанный
Симуляция
Синдром
Синдромы нейропсихологические
Синестезия
Синкретизм
Синтез
Системности принцип (в психологии)
Системно-структурный анализ
Ситуация
Скиннер Б. Ф.
Склонность
Сковорода Г.
Слепоглухонемых психология
Служба психологическая
Слухи
Смещение
Смирнов А. А.
Смысл
Сновидения
Совесть
Совместимость групповая
Совместимость межличностная
Совместная деятельность
Согласие групповое
Сознание
Соколянский И. А.
Сократ
Сомнамбулизм
Сомнения патологические
Сон
Сопереживание
Соппротивление
Сопряженно-моторная методика
Состояние (человека)
Сохранение
Социализация
Социальная желательность
Социальная психология

Социальная ситуация развития
Социально-психологическая компетентность
Социальных представлений концепция
Социобиология
Социогенез
Социометрия
Спенсер Г.
Специализация условного рефлекса
Специальная психология
Специфической энергии органов чувств
концепция
Спиноза Б.
Спирмен Ч.
Сплоченность групповая
Способности
Сравнение
Сравнительная психология
Статистические методы (в психологии)
Статистических гипотез проверка
Статус социальный
Стеничность
Стереотип социальный
Стивенса закон
Стиль лидерства (стиль руководства)
Стимул
Страсть
Страх
Стремление
Стресс
Стрессовое расстройство
посттравматическое
Стрессор
Структура
Структурная психология
Стыд
Сублимация
Субсенсорное восприятие
Субъект
Субъективное
Субъективное семантическое пространство
Суггестия
Судебная психология
Судебно-психологическая экспертиза
Суждение
Суицид
Сукцессивный
Сурдопсихология
Т
Т-группа
Табу
Таксисы
Таксой
Талант
Танатос
Тард Г.
Творчество

Текст
Темперамент
Теоретическая психология
Теплов Б. М.
Термен Л.
Терстоун Л.
Тест
Тестирование
Тестология
Тесты достижений
Тесты интеллекта
Тесты креативности
Тесты критериально-ориентированные
Тесты личностные
Тесты проективные
Тип высшей нервной деятельности
Титчскер Э.
Тифлопсихология
Толерантность
Толмен Э.
Толпа
Топологическая психология
Торможение
Торможение безусловное
Торможение запредельное
Торможение проактивное
Торможение ретроактивное
Торможение условное
Торндайк Э.
Тотем
Традиция
Транс
Трансактный анализ
Трансфер
Тревога
Тревожность
Тремор
Тренинг делового общения
Тренинг перцептивный
Тренинг социально-психологический
Тропизмы
Трудолюбие
Тэдджфел Г.
У
Убежденно
Убеждения
Удовлетворенность трудом
Узнавание
Узнадзе Д. Н.
Ум
Умение
Умозаключение
Умственного развития уровень
Умственные действия
Уотсон Дж.
Упражнение

Уравновешенность нервных процессов
Уровень группового развития
Уровень притязаний
Уровень построения движения концепция
Усвоение
Условный рефлекс
Усталость
Установка
Установки теория
«Утечка умов» Утомление Ухтомский А. А. Ушинский К. Д.
Ф
Фабри К. Э.
Фаворитизм внутригрупповой
Фактор риска
Факторный анализ
Фанатизм
Фантазия
Фантомные нарушения
Фасилитация социальная
Фасцинация
Феноменалистическая психология
Феномен вложенного труда
Фенотип
Фестингер Л.
Фехнер Г.
Фигура и фон
Физиогномика
Фиксация
Филогенез
Флегматик
Фобии
Формирующий эксперимент
Фортунатов Г. А.
Франкл В.
Фрейд .
Фрейдизм
Фрейдомарксизм
Фрейм
Френология
Фригидность
Фромм Э.
Фрустрация
Функциональная психология
Функциональное состояние
Функциональных систем теория
Х
Хайдеггер М. Халл К. Характер Харизма Хиромантия Холерик Холл С. Хорни К.
Ц
Цветовое восприятие Цветоощущение Целеобразование Целостная психология
Целостность восприятия
Цель
Цена ошибки
Цензура
Ценностная регуляция
Ценностно-ориентационное единство

Ценностные ориентации
Ценность
Центрация
Ч
Человек
Человеческие факторы Челпанов Г. И. Черты личности Честь Чувства
Чувствительность Чувство юмора
Ш
Шкала
Шкала оценок Шкала установок Шкалирование Шпильрейн И. Н. Шпрангер Э.
Штерн В. Штумпф К. Шульц-Генке Г.
Э
Эббингауз Г.
Эвристика
Эго
Эгоизм
Эгопсихология
Эгоцентризм
Эдипов комплекс
Эйдетизм
Эйфория
Экзистенциальная психология
Экзистенциальный анализ
Экзогенный — эндогенный
Экологическая психология
Экономическая психология
Эспектации
Эксперимент
Эксперимент формирующий
Экспериментальная психология
Экспрессивный
Экстериоризация
Экстернальность — интернальность
Экстраверсия — интроверсия
Экстремальная психология
Эльконин Д. Б.
Эмоции
Эмоциональность
Эмпатия
Эмпирическая психология
Энджел Д.
Эпистемология генетическая
Эпифеноменализм
Эргономика
ЭренфельсХ.
Эриксон М.
Эриксон Э.
Эрос
Этика психолога профессиональная
Этническая картина мира
Этнические стереотипы
Этнические установки
Этнический конфликт
Этнопсихология
Этология
Эффект бумеранга

Эффект края
Эффект недавности
Эффект незавершенного действия (эффект
Зейгарник)
Эффект новизны
Эффект ореола
Эффект первичности
Эффективность деятельности группы
Эффективность теста
Эффекторы
Эфферентная система
Эхолалия
Эхопраксия

Ю

Юм Д.

Юмор

Юнг К.

Юность

Юридическая психология

Я

Я

Я-идеал

Я-концепция

Язык

Ятрогении

ПЕРСОНАЛИИ

А

Абрахам К. Августин б Адлер А. Александер Ф. Ананьев Б. Г. Аристотель АхН.

Б

Бардин К. В. Басов М. Я. Бергсон А. Берн Э.

Бернштейн Н. А. Бехтерев В. М. Бине А. Бинсвангер Л. Блонский П. П.

Божович Л. И. Brentano Ф. Бэкон Ф. Бэн А. Бюлер К. Бюлер Ш.

В

Вагнер В. Валлон А. Введенский А. И. Вебер Э. Вертгеймер М. Вудвортс Р.

Вундт В. Выготский Л. С.

Г

Галль Ф. Гальперин П. Я. Гальтон Ф. Ганнушкин П. Б. Гартли Д. Гваттари Ф.

Гезелл А. Геллерштейн С. Г. Гельмгольц Г. Герберт И. Гиппократ Гоббс Т.

Гольдштейн К. Грот Н. Я.

Д

Дарвин Ч. Декарт Р. Джеймс У. Дженнинг Г. Дидро Д. Дильтей В. Добрынин Н.

Ф. Дункер К. Дьюи Д. Дюркгейм Э.

Ж

Жане П. Жинкин Н. И.

З

Занков Л. В. Запорожец А. В. Зейгарник Б. В. Зельц О. Зинченко П. И.

И

Ибн-Сина

Й Йеркс Р.

К

Кабанис П. Кавелин К. Д. Кандинский В. Х. Кёлер В. Келли Д. Кеннон У.

Кеттел Д. Корнилов К. Н. Корсаков С. С. Кравков С. В. Кречмер Э. Кюльпе О.

Л

Ладыгина-Коте Н. Н. Лазурский А. Ф. Ланге Н. Н. ЛебЖ.

Леви-Брюль Л. Левин К. Лейбниц Г. Леонтьев А. Н. Лесгафт П. Ф. Лешли К.

ЛиппсТ. ЛоккД. Ломов Б. Ф.

Лоренц К. Лурия А. Р.

М

Макаренко А. С. Мак-Дугалл В. Маслоу А. Мейерсон И. Менчинская Н. А.
Мерлин В. С. Месмер Ф. Мид Дж. Г. Мид М.

Милль Дж. Ст. Морено Дж. Мюллер И. Мюнстерберг Г. Мясищев В. Н.

Н

Небылицын В. Д. Нюттен Ж.

О

Овсяннико-Куликовский Д.Н. Олпорт Г. Орбели Л. А.

П

Павлов И. П. Пиаже Ж. Пирсон К. Потенция А. А. Пристли Д. Пуркине Я.
Пьерон А.

Р

Радищев А. Н. Рибо Т. Ришо Ш. Роджерс К. Роршах Г. Россолимо Г. И.
Рубинштейн М. М. Рубинштейн С. Л.

С

Салливан Г. Селье Г. Сеченов И. М. Скиннер Б. Ф. Сковорода Г. Смирнов А. А.
Соколянский И. А. Сократ

Спенсер Г. Спиноза Б. Спирмен Ч.

Т

Табу Тард Г. Теплов Б. М. Термен Л. Тёрстоун Л. Титченер Э. Толмен Э.
Торндайк Э. Тэджфел Г.

У

Узнадзе Д. Н. Уотсон Дж. Ухтомский А. А. Ушинский К. Д.

Ф

Фабри К. Э. Фестингер Л. Фехнер Г. Фортунатов Г. А. Франкл В. Фрейд . Фромм
Э.

Х

Хайдеггер М. Халл К. Холл Г. С. Хорни К.

Ч

Челпанов Г. И.

Ш

Шпильрейн И. Н. Шпрангер Э. Штерн В. Штумпф К. Шульц-Генке Г.

Э

Эббингауз Г. Эльконин Д. Б. Энджел Д. ЭренфельсХ. Эриксон М. Эриксон Э. З

Ю

Юм Д.

Юнг К